RECHERCHES

SUR LES

TUMEURS MIXTES

DES GLANDES SALIVAIRES



RECHERCHES

SUR LES

TUMEURS MIXTES

DES GLANDES SALIVAIRES

PAR

J. PÉROCHAUD

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne des hôpitaux de Nantes,
Lauréat (bis) de l'École de médecine de la même ville (1er prix de clinique 1883),
Membre de la Société anatomo-pathologique de la Loire-Inférieure.

PARIS

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1885

RECHERCHES

SUR

LES TUMEURS MIXTES

DES GLANDES SALIVAIRES

INTRODUCTION.

Les tumeurs de la parotide ont de tout temps intéressé les histologistes ; leur structure complexe qui les a fait décrire par les auteurs, sous des noms si variés, le caractère bénin ou malin qu'elles présentent, selon qu'on les considère à telle ou telle période de leur évolution, méritent à juste titre de fixer l'attention.

La plupart d'entre elles présentent en effet deux périodes bien distinctes, répondant à un aspect histologique différent : Dans une première période, c'est-à-dire peu de temps après leur début, elles sont constituées en majeure partie par un tissu de substance conjonctive (cartilage, tissu muqueux, tissu fibreux, os).

Dans une seconde période, cette prépondérance des tissus d'origine conjonctive tend à disparaître pour faire

place à des éléments nouveaux, ayant pour point de départ, soit l'epithélium des acini, soit celui des conduits excréteurs. Ces éléments nouveaux se présentent sous forme de masses épithéliales qui, étouffées pendant la première période par l'élément connectif de la tumeur, deviennent le siège d'une prolifération luxuriante et tendent à donner à ces tumeurs les caractères de l'épithéliome.

Etudier ces tumeurs complexes, chercher à déterminer la part qui revient, dans leur production, aux différents tissus constituant la glande, tel est le but de notre travail.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons très succinctement la structure des glandes salivaires à l'état normal.

Dans le deuxième, nous ferons l'historique de la question.

La description des tumeurs des glandes salivaires appartenant au laboratoire d'histologie de l'école de Nantes, description qui nous est entièrement personnelle, fera l'objet d'un troisième chapitre.

Le quatrième sera consacré à l'anatomie pathologique.

Dans le cinquième, nous ferons un parallèle entre les tumeurs des glandes salivaires et celles de quelques autres glandes.

Le sixième, réservé à la partie clinique, sera très bref.

Enfin, dans un septième chapitre, nous poserons les conclusions qui nous semblent devoir ressortir de ce travail.

Mais, avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de remercier notre cher maître, le professeur Albert Malherbe, des conseils qu'il a bien voulu nous donner et de l'extrême obligeance qu'il a mise à nous guider dans nos recherches et à nous aider à résoudre les difficultés qui se présentaient.

Que notre excellent ami, Félix Mitry, à qui nous sommes redevable des planches jointes à cette thèse, veuille bien aussi recevoir nos remerciements.

CHAPITRE PREMIER.

STRUCTURE DES GLANDES SALIVAIRES.

Les glandes salivaires appartiennent au groupe des glandes acineuses, leur situation, leur forme, leurs rapports sont trop connus, trop bien décrits dans les traités classiques pour que nous y insistions davantage.

Au point de vue histologique, ces glandes présentent à considérer : l'épithélium qui tapisse les acini et les conduits excréteurs, la membrane propre qui les limite, et enfin le tissu conjonctif qui relie entre eux tous les culs-de-sac glandulaires.

Epithélium. — L'épithélium des acini n'est pas identique dans les différentes glandes salivaires ; composé de cellules à mucus dans la sublinguale, de cellules à mucus et de cellules granuleuses dans la sous-maxillaire, il n'est formé dans la parotide que par des cellules granuleuses.

Celles-ci sont polyédriques, pyramidales, leur sommet dirigé vers le centre du cul-de-sac, leur base s'appliquant sur la membrane propre. Disposées sur une seule couche, elles contiennent un protoplasma, un noyau, quelquefois un nucléole. Le noyau est repoussé à la périphérie, contigu pour ainsi dire à la membrane limitante avec les cellules de laquelle on pourrait le confondre. Le proto-

plasma, finement granuleux, occupe le reste de la cellule. La lumière du cul-de-sac est à peine de 3 μ.

La plupart des acini de la glande sous-maxillaire offrent la même variété de cellules. Les autres acini de cette glande et tous ceux de la sublinguale contiennent des cellules à mucus et des cellules spéciales qui ont été bien décrites par Gianuzzi (1).

Les cellules à mucus sont grandes, claires, pyramidales, leur sommet est également dirigé vers le centre, leur base vers la membrane propre, et au niveau de cette base se trouve le noyau dont la forme est modifiée par la pression que lui fait subir la masse de mucus contenu dans la cellule. Le protoplasma offre un réticulum très fin, coloré en jaune par le picrocarminate d'ammoniaque; ces stries se poursuivent au delà du globe de mucus, indice très net de la formation au sein de la cellule et dans des compartiments distincts de ces gouttelettes de mucus « qui tout en augmentant de volume et « tendant à se fusionner, restent cependant séparées les « unes des autres par de minces couches protoplasmiques « qui probablement concourent encore à les accroître » (2).

Les cellules de Gianuzzi sont petites et finement granuleuses ; occupant le fond des culs-de-sac, sous-jacentes aux cellules à mucus, excavées pour recevoir le fond de ces cellules, elles sont intimement soudées entre elles et présentent à la coupe l'aspect de croissants,

(1) Gianuzzi. In suchs Academ Sitzunsber.

(2) Cornil et Ranvier. In Manuel d'histologie pathologique, t. II, p. 244.

(croissants, lunules de Gianuzzi), fortement colorés par le carmin, l'hématoxyline et même le chlorure d'or

Les conduits glandulaires, à quelque glande qu'ils appartiennent, ont un épithélium identique, constitué par une seule couche de cellules cylindriques dont la partie située entre le noyau et la paroi possède des stries régulières parallèles à l'axe. Selon Pflüger, ces stries seraient produites par les fibres nerveuses terminales. Telle n'est pas l'opinion de Ranvier qui croit que cette disposition indique la présence des parties contractiles qui agiraient activement pour favoriser l'excrétion (1). Cela est d'autant plus probable que les conduits excréteurs dans toute leur étendue n'ont pas une seule fibre musculaire.

Membrane propre. — Cette membrane n'est pas amorphe, comme beaucoup d'auteurs l'ont prétendu jusqu'ici, mais bien constituée, comme Boll l'a démontré le premier, par des cellules aplaties, munies de crêtes et soudées les unes aux autres. Les noyaux de ces cellules sont assez faciles à apercevoir avec un grossissement de 550 à 600 diamètres, sur une coupe colorée au picrocarminate d'ammoniaque ; mais comme nous l'avons déjà dit, il faut bien prendre garde de confondre ces noyaux avec ceux des cellules épithéliales qui sont situés plus en dedans.

Tissu conjonctif. — Ainsi constitués, les culs-de-sac glandulaires sont allongés, étroits, mesurant 50 à 60 μ de diamètre, ne laissant entre eux que d'étroits intervalles remplis par de minces tractus de tissu con-

(1) Frey. Hist., traduct. française, 1871, p. 437. (Note de Ranvier.)

jonctif présentant quelques rares noyaux et un certain nombre de cellules adipeuses. Réunis pour former des lobules, puis des lobes de forme et de volume différents, ils sont alors séparés par des espaces beaucoup plus larges, dans lesquels cheminent les nerfs et les vaisseaux.

Développement. — Les glandes salivaires se développent aux dépens du feuillet muqueux du blastoderme et apparaissent dans la deuxième moitié du second mois de la vie intra-utérine. A quatre mois et demi, on voit déjà au milieu d'un tissu conjonctif abondant se dessiner, comme des arborescences, de fines grappes, élégante esquisse de ce que seront plus tard les canaux excréteurs et leurs acini. A cette époque, conduits et culs-de-sac sont remplis de cellules embryonnaires, nulle lumière, nulle cavité dans leur intérieur, si ce n'est sur les canaux d'un certain volume où l'on voit déjà une traînée claire. La membrane propre n'apparaît pas encore, mais le tissu conjonctif très abondant contient un nombre considérable de cellules connectives, celles-ci se placent à la périphérie du futur cul-de-sac ; refoulées par lui à mesure qu'il augmente de volume, les cellules connectives ne tardent pas à se souder entre elles, et ainsi se forme la membrane limitante. Les noyaux qui apparaissent dans l'épaisseur de cette membrane sont donc des noyaux de cellules conjonctives.

A six mois, l'épithélium commence à se différencier en même temps que le tissu conjonctif diminue. Chez le fœtus à terme, la glande offre à peu près les mêmes caractères que chez l'adulte.

CHAPITRE II.

HISTORIQUE.

Les tumeurs de la parotide ne sont pas au point de vue histologique toujours aussi simples qu'on l'avait cru tout d'abord. Il est rare, en effet, qu'on ait affaire à un type franchement pur : chondrome, myxome, fibrome, ostéome, sont mélangés ensemble avec ou sans production épithéliale ou carcinomateuse ; et c'est le mérite de Planteau (1) d'avoir prouvé que certaines tumeurs de la parotide sont formées d'éléments complexes, les uns nés aux dépens de l'épithélium glandulaire, les autres dérivant du tissu conjonctif périacineux et périlobulaire.

L'origine de ces tumeurs est aussi mieux connue et personne aujourd'hui n'osera plus, croyons-nous, soutenir que les ganglions lymphatiques en soient le berceau ; les preuves sont faites (2), c'est bien dans le tissu fibreux interstitiel de la glande que les tumeurs complexes se développent primitivement.

Dolbeau (3) reconnaît qu'on observe dans la région

(1) Planteau. Thèse Paris, 1876.

(2) Cornil. Société anatom., 1862, déc., p. 51.

(3) Dolbeau. Des tumeurs cartilagineuses de la parotide. In Gaz. hebd., 1858.

parotidienne, à côté de chondromes purs, des tumeurs dans lesquelles le cartilage n'entre que pour une part minime. « Ces différentes tumeurs sont-elles identiques « et doit-on les considérer comme les métamorphoses « d'un même tissu? » Il ne le croit pas; toutes ces tumeurs ne sont pas des chondromes, « mais, les symptômes, « la marche, la bénignité, étant les mêmes dans les deux « variétés de tumeurs, on peut les considérer comme des « tumeurs bénignes de la région parotidienne». Cependant, deux années plus tard (Bulletin de la Société anat., 1860, p. 355), il reconnut qu'englober ces tumeurs sous le nom de tumeurs bénignes, c'était aller trop loin par rapport au pronostic, et tendit à isoler ces deux sortes de maladies dont l'expression clinique présente tant d'analogie. Quant à leur origine, rejetant l'opinion trop exclusive de Cruveilhier, qui les faisait se développer dans l'enveloppe cellulo-fibreuse et non dans l'épaisseur de la glande, il croit qu'elles peuvent avoir pour siège soit les ganglions, soit le tissu fibreux de la région, les cloisons de la glande subissant une hypertrophie.

James Paget dit (1) : « Quelques-unes de ces tumeurs « sont formées de cartilage et pourraient être prises pour « type de tumeurs cartilagineuses; mais la plupart sont « formées de fibro-cartilage diversement mélangé avec « d'autres tissus, surtout avec du tissu qui paraît être « du tissu glandulaire ».

Et plus loin : « L'aspect de ces tumeurs dépend beau- « coup de la proportion dans laquelle ces tissus sont

(1) James Paget. Traité des tumeurs, 1883, p. 203 et suivantes.

« mélangés... Dans cinq cas, j'ai trouvé que le plus « souvent ils présentaient une structure lobulée en « grappe avec un tissu d'apparence fibreuse entourant « des espaces remplis de noyaux et de cellules. Ces « espaces ressemblent tellement aux acini, qu'on peut « les croire une imitation du tissu glandulaire. Quant « aux cellules, appartiennent-elles à la parotide ou à un « ganglion lymphatique ? On ne le sait trop. »

Billroth (1) fait remarquer *qu'on observe dans la parotide des tumeurs présentant à la fois l'aspect du chondrome, du fibrome, du myxome, du carcinome et du cancroïde réunis.*

Virchow dit (2) : que très souvent l'enchondrome de la parotide est lié au cancer et au cancroïde, mais il n'a vu aucun cas dans lequel le tissu glandulaire fut nettement le point de départ du chondrome. C'est le tissu conjonctif interstitiel de la parotide qui est la matrice de l'enchondrome ultérieur. D'après ce même auteur, le myxome est le compagnon fréquent de l'enchondrome, soit que le myxome se développe en même temps que le chondrome, soit que plutôt, comme le croit Virchow, il provienne de ce dernier.

Bauchet reconnaît parfaitement la nature complexe des tumeurs de la parotide ainsi que l'indique la classification qu'il en a donnée (3).

(1) Billroth. Arch. für patholog. anatom., von Virchow, 1859.

(2) Virchow. Traité des tumeurs, t. I, p. 516 et suiv.

(3) Bauchet. Sur les hypertrophies de la parot. In Mém. Soc. chirurg., 1860.

Dans sa thèse inaugurale, Ferreira Alvim ne parle que de l'enchondrome qui, souvent, aurait été confondu avec le squirrhe; confusion due à ce que les tumeurs de la parotide étaient mal connues. Ce ne sont point des cancers, dit-il, mais des tumeurs de nature diverse (1).

Masse (2) ne parle que du chondrome de la parotide. Celui-ci offre plusieurs aspects : dur, quand il est formé uniquement de lobules cartilagineux conglomérés, il devient mou quand il contient dans de pseudo-poches kystiques une matière pulpeuse plus ou moins molle, il est mixte quand il est uni à une hyperplasie glandulaire, à du sarcome, du myxome ou du cancer.

A propos d'une tumeur présentée par M. Boyron, Verneuil dit : « qu'il est temps d'abandonner l'idée que « les ganglions lymphatiques de la parotide soient le « point de départ des tumeurs observées dans cette ré- « gion. Ce sont des dépendances de la glande elle-même, « et l'on trouvera probablement que cette tumeur est « un myxome avec éléments glandulaires plus ou moins « abondants (3) ».

Desprès (in Diagnostic des tumeurs, p. 236) énumère simplement les tumeurs parotidiennes sans en donner une division, soit clinique, soit anatomique.

D'après Branlat (4), les tumeurs que l'on peut rencon-

(1) Ferreira Alvim. Enchondrome de la parotide. Thèse de Paris, 1866.

(2) Masse. Chondrome de la parotide. Thèse Paris, 1868.

(3) Verneuil. In Bull. Soc. anat., 1869, p. 131.

(4) Branlat. Histoire des tum. parotid. Paris, 1874.

trer dans la parotide sont les unes aiguës : abcès, oreillons, parotidites ; les autres chroniques : anévrysmes, kystes salivaires, tumeurs ganglionnaires, lipome, hypertrophie parotidienne, chondrome, adénome, sarcome, carcinome. Les tumeurs les plus fréquentes seraient composées : 1° d'un tissu tantôt cartilagineux, tantôt ossifié, osseux ou granulo-graisseux ; 2° de couches de cellules cartilagineuses en prolifération ; 3° de cartilage hyalin offrant l'aspect du cartilage primitif ; 4° d'une enveloppe fibreuse. Mais, en outre, le chondrome peut présenter des éléments cancroïdaux.

Laissant de côté les tumeurs simples, Planteau (1) ne s'occupe que des tumeurs complexes qui sont constituées : 1° par des amas cellulaires présentant les formes les plus diverses ; 2° par un stroma formé par les tissus de substance conjonctive. De plus, ces tumeurs contiennent très souvent des kystes d'origine très différente. Quelle est l'origine de ces différents tissus ? Pour le stroma de nature conjonctive, le doute n'est plus permis; le tissu interstitiel seul est en cause. Quant aux amas épithéliaux, après avoir exposé sur leur origine l'opinion de Paget, Virchow, Verneuil, Planteau est d'avis qu'ils proviennent de l'épithélium de la glande. « En pratiquant « des coupes dans différentes parties de la tumeur, il « est toujours possible de trouver des portions où les « acini de la glande, quoique déjà modifiés, ont conservé « leur forme et les rapports qu'ils affectent entre eux

(1) Planteau. Contribution à l'étude des tumeurs complexes de la parotide. Thèse Paris, 1876.

« dans une glande normale..... Mais ces culs-de-sac,
« quoique ayant conservé leur forme, ont déjà perdu
« leur structure, la lumière centrale a disparu et leur
« cavité est remplie de cellules qui, elles-mêmes, ont
« perdu tous les caractères des cellules normales..... Ces
« tubes épithéliaux peuvent provenir de deux sources
« bien distinctes. Quelquefois ce sont des canalicules
« dans lesquels l'épithélium a proliféré et les a remplis
« complètement, d'autres fois, ils proviennent du bour-
« geonnement des culs-de-sac remplis de cellules. »

« En résumé, dans une première période le processus
« agit tout d'abord sur le tissu fibreux interstitiel et
« amène une prolifération de l'épithélium glandulaire.
« Dans une seconde période, en même temps que le tissu
« interstitiel s'accroît, les canalicules, les culs-de-sac
« s'allongent, augmentent de volume, la membrane limi-
« tante tend à disparaître. Enfin plus tard, quand la
« membrane limitante a disparu, de ces amas épithéliaux
« partent des prolongements qui pénètrent dans les tissus
« voisins. » Presque toujours, selon Planteau, ces tumeurs commencent par le cartilage; plus tard l'irritation se propage, devient plus vive et le tissu glandulaire jusqu'alors épargné est lui-même atteint.

S. Duplay dit qu'outre les tumeurs excessivement bénignes, comme le chondrome pur, et celles excessivement malignes, comme le carcinome vrai, il y a une troisième variété intermédiaire, comprenant les tumeurs qui, après avoir revêtu pendant un temps plus ou moins long (10, 15, 20 ans), les caractères de bénignité du premier groupe, peuvent subir une modification brusque,

parfois sous l'influence d'une contusion légère et devenir rapidement malignes. Ces différences cliniques sont expliquées par la structure même de ces tumeurs, la proportion relative des éléments épithéliaux et des éléments conjonctifs semblant tenir sous sa dépendance le degré de bénignité ou de malignité de la tumeur (1).

Dans son mémoire sur l'adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire, Nepveu réunit et commente toutes les observations connues de tumeurs de cette glande; elles sont au nombre de dix, et sept fois le microscope a permis de reconnaître la nature cartilagineuse de ces tumeurs, en même temps que la présence des culs-de-sac glandulaires témoignait indubitablement de leur origine (2).

Voici les conclusions de la thèse de Wartmann, faite sous la direction de Von Recklinghausen (3). « L'enchondrome peut prendre naissance aux dépens du tissu conjonctif proprement dit, comme Virchow, Lucke l'ont déjà fait connaître. Il peut aussi résulter d'une transformation de l'épithélium des vaisseaux et des cavités lymphatiques contenues dans le tissu conjonctif. Enfin des embolies cartilagineuses renfermées dans les vaisseaux sanguins peuvent se développer et devenir le point de départ de nouveaux enchondromes.

C. Kauffmann (4) insiste sur la complexité des tumeurs

(1) S. Duplay. Progrès médical, 7 avril 1877.

(2) Nepveu. In Bull. Soc. chir , 1880, p. 699.

(3) Wartmann. Recherches sur l'enchondrome. Thèse Genève, 1880.

(4) C. Kauffmann. Das parotis sarcome pathologish, anato-

de la parotide, le chondrome se trouvant uni à de l'adénome, de l'épithéliome, mais le plus souvent à du sarcome. Quant au tissu aux dépens duquel ces tumeurs se développent, l'auteur ne saurait le préciser.

A côté du myxome, du sarcome, du carcinome et de l'épithéliome, Cornil et Ranvier (1) décrivent le chondrome pur et le chondrome mixte, mais ils croient qu'on doit ranger ces tumeurs complexes dans les chondromes, car « dans tout chondrome on rencontre du tissu « fibreux et des îlots de tissu embryonnaire, et de plus « les glandes quelle que soit la tumeur primitive qui les « envahit, offrent toujours à considérer des lésions irri- « tatives et des modifications variables des culs-de- « sac. »

Michaux (2) ne parle que du carcinome de la parotide; il admet que certaines tumeurs formées de tissu conjonctif peuvent se compliquer à un certain moment d'éléments épithéliomateux et présenter alors la physionomie clinique du carcinome.

Si nous résumons les idées émises jusqu'à ce jour sur les tumeurs de la parotide nous trouvons :

1° L'opinion ancienne faisant jouer un rôle aux ganglions lymphatiques dans le développement de ces tumeurs (Velpeau). Cette opinion est aujourd'hui tout à fait abandonnée.

misch und bearbeitet. In Archiv klinische chirurg. Band XXVI, Heft, p. 673.

(1) Cornil et Ranvier. Manuel anat. pathol., t. II, p. 257.

(2) Michaux. Thèse Paris, 1884. Sur le cancer de la parotide.

2° Une tendance à imiter ce qui a été fait pour les tumeurs de la glande mammaire, c'est-a-dire à séparer les tumeurs de la parotide en bénignes et en malignes (Dolbeau).

3° L'hypothèse que diverses tumeurs des glandes salivaires débutant par le tissu conjonctif, comme le chondrome et le myxome, peuvent, à un moment donné revêtir une marche maligne, d'où l'idée d'un chondrome malin (Virchow).

4° Enfin l'opinion des auteurs contemporains qui, tenant compte de la complexité presque constante de ces tumeurs, expliquent leur malignité éventuelle par la présence d'éléments épithéliomateux (Billroth, Duplay, Verneuil, Planteau).

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS.

Dans ce chapitre, comme nous l'avons dit dans notre introduction, nous ferons la description des tumeurs des glandes salivaires appartenant au laboratoire d'histologie de l'école de Nantes. Ces tumeurs ont été envoyées au laboratoire à des époques différentes, par nos maîtres de l'école et des hôpitaux qui les avaient recueillies, soit dans leur pratique privée, soit dans leur pratique hospitalière. Parfois quelques notes, rapportant brièvement l'observation clinique de ces tumeurs, mais le plus souvent n'en indiquant que la provenance, accompagnaient leur envoi. Nous les rapporterons fidèlement, telles que nous les avons reçues, tout en regrettant que les détails ne fussent pas plus circonstanciés. Nous nous étendrons davantage sur la description de ces tumeurs ; celle-ci sera faite d'après les examens que nous avons pratiqués nous-même, et aussi d'après les comptes rendus de la société anatomique de Nantes, publiés sous la direction de M. le professeur Albert Malherbe.

Nous décrirons tout d'abord les tumeurs simples, soit conjonctives, soit épithéliales ; nous terminerons par les tumeurs mixtes, c'est-à-dire par celles où l'épithélium est altéré en même temps que la substance conjonctive.

Observation I.

Sarcome globo-cellulaire de la région parotidienne.

Cette tumeur dont le début ne remonte qu'à huit mois, fut enlevée par M. le professeur Chenantais, à un homme de 40 ans, le 7 octobre 1883. L'accroissement de cette tumeur fut très rapide, elle occupait les régions parotidienne et massétérine. De la grosseur du poing, elle présente à la coupe un tissu homogène blanchâtre, la peau est adhérente à la tumeur, ses couches profondes sont envahies par le néoplasme, tandis que les couches superficielles paraissent saines. Au microscope, on reconnaît la présence de nombreux éléments cellulaires volumineux, arrondis, contenant un gros noyau et fortement colorés par le carmin. Ces cellules sont contenues dans une trame fibrillaire excessivement ténue, d'où le pinceau ne parvient pas à les chasser. Cette tumeur est donc un type de sarcome globo-cellulaire. Mais quelle est son origine? Est-ce le tissu interstitiel de la parotide, la membrane fibreuse qui l'enveloppe, ou bien, parti d'un ganglion voisin, a-t-il envahi secondairement la glande? Nous avouons qu'il nous a été impossible de résoudre la question. (Pièce n° 153 de l'année 1883.)

Observation II.

Sarcome globo-cellulaire de la région parotidienne.

Il s'agit d'une grosse tumeur que présentait un jeune homme âgé d'un peu plus de vingt ans. Le néoplasme avait débuté, depuis un an seulement, dans la région sous-maxillaire, par un nodule de la grosseur d'une noisette. Le mal prit un accroissement si rapide, qu'au moment de l'entrée du jeune homme à l'hôpital, la masse pathologique s'étendait depuis l'apophyse zygomatique et le lobule de l'oreille qui était soulevé jusqu'à la

partie latérale du cou où elle atteignait le creux sus-claviculaire. Cette tumeur, peu mobile, fut jugée inopérable par l'instrument tranchant. On tenta de la détruire avec la pâte de Canquoin. M. Gruget, qui était chargé du service où se trouvait le malade, voulut bien prélever un morceau de la tumeur pour le soumettre à l'examen histologique. La moitié du fragment fut durcie à l'aide du liquide de Müller, l'autre moitié à l'aide de l'alcool.

L'*examen histologique* montra, principalement dans la partie durcie au liquide de Müller et colorée à l'éosine hématoxylique, deux tissus bien distincts: l'un, analogue à du tissu de ganglion lymphatique normal ; l'autre, constitué par des cellules rondes ou polyédriques, en contact les unes avec les autres, parfois accolées, d'autres fois séparées par des espaces arrondis un peu comme les cellules du foie. Sur les coupes, colorées au picrocarmin, nous n'avons vu presque nulle part de tissu adénoïde ; partout des cellules rondes ou polyédriques assez grandes, disséminées au milieu d'un tissu fibrillaire dont on ne parvient pas à les chasser par le pinceau.

Les vaisseaux sont larges et souvent sclérosés. A la périphérie des parties malades, nous trouvons un stroma fibreux très dense. Nous supposons que la tumeur était un sarcome, mais nous ne saurions dire si elle provient de la glande sous-maxillaire, d'un ganglion lymphatique ou du tissu conjonctif de la région. L'insuffisance du fragment que nous avons pu étudier nous conduit à ne poser ce diagnostic que sous toutes réserves. (Pièce n° 83, année 1882.)

Observation III.

Myxome de la parotide.

Le 15 avril 1876, M. Chenantais enlevait, à une femme de 56 ans, une petite tumeur située dans la région parotidienne, très bien enkystée, dure au toucher et donnant au premier

abord la sensation d'un ganglion. Une fois enlevée et ouverte, la tumeur laissa s'échapper une masse gélatiniforme, muqueuse, divisée en un certain nombre de grumeaux.

L'*examen histologique* a montré de grandes cellules étoilées, anastomosées, au milieu d'une substance hyaline ou finement granuleuse, contenant par places des réseaux très fins de fibres élastiques. Cette tumeur est un type de myxome. Elle avait mis cinq ou six ans à se développer et jamais n'avait incommodé la malade. (Pièce n° 33, année 1876.)

Observation IV.

Myxochondrome de la parotide.

Cette tumeur a été enlevée par M. Poisson en avril 1880. Son début paraît remonter à dix ans; il y a huit ans, elle a été très incomplètement enlevée. La récidive eut lieu peu de temps après. En enlevant cette nouvelle tumeur dont, comme on le voit, la marche n'a pas été très rapide, M. Poisson a constaté qu'elle n'était pas adhérente à la peau et qu'elle paraissait avoir pris naissance dans cette partie de la parotide qui s'étend au-devant du masséter. On n'a pas trouvé de ganglions engorgés. Le canal de Sténon a été reconnu et a paru indemne.

Examen histologique. — La tumeur envoyée au laboratoire est à peu près du volume d'une noix. La section présente un tissu assez peu homogène, terne, gris, friable par places, ailleurs nacré, transparent, ayant tout à fait l'aspect du cartilage. En examinant les coupes, on voit que le néoplasme est très bien limité par une coque fibreuse. Suivant les points que l'on examine, on trouve les aspects suivants :

1° Par places, l'aspect de la dégénérescence muqueuse à peu près totale ; des cellules plus ou moins nombreuses nagent dans une abondante substance muqueuse ;

2° Ailleurs, on rencontre du myxome bien développé, cellules étoilées et fibrilles fines semées au milieu de la substance muqueuse ;

3° Outre quelques travées de tissu fibreux adulte et les vaisseaux qui y rampent, on rencontre d'assez grands amas de cartilage à capsules extrêmement épaisses. Quelques capsules sont grandes et contiennent des capsules secondaires. De sorte, que nous sommes en présence d'une tumeur qui contient des parties en dégénérescence muqueuse du myxome vrai et du chondrome ;

4° Enfin, en dehors des différents tissus qui viennent d'être énumérés, on trouve des amas de cellules épithéliales peu proliférantes qui sont sans doute les restes de l'épithélium glandulaire. Il convient d'ajouter que ces cellules petites, arrondies, tassées les unes contre les autres, ont totalement perdu la physionomie de l'épithélium salivaire ; mais, du reste, c'est un fait constant dans les tumeurs soit de la parotide, soit des autres glandes salivaires.

Dans certains groupes de ces cellules, on pouvait reconnaître des restes de conduits excréteurs ; nulle part, nous n'avons constaté un aspect épithéliomateux bien net ; cependant cet état épithéliomateux aurait peut-être pu se produire, si la tumeur avait été abandonnée à elle-même.

Développement. — Quelques coupes ont porté sur les bords de la tumeur et comprennent des portions du tissu glandulaire voisin ; ce tissu glandulaire est parfaitement reconnaissable, on y distingue les conduits excréteurs avec leur épithélium strié. Les culs-de-sac glandulaires présentent les modifications suivantes : ils sont un peu aplatis, probablement par suite de la pression qu'ils ont subie, et leurs noyaux un peu gonflés sont dans certains points très vivement colorés par le carmin ; ailleurs il paraît y avoir une certaine tendance à la dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales, et en outre, on voit entre les culs-de-sac d'assez nombreux groupes de cellules adipeuses. Dans la partie de la tumeur qui confine à ces lobules de la glande, on trouve d'abord une épaisse couche de tissu fibreux au milieu duquel se retrouvent des cavités allongées et irrégulières, tapissées d'épithélium et paraissant représenter les restes

de conduits glandulaires. Dans d'autres points, on trouve entre les faisceaux fibreux des traînées de cellules manifestement épithéliales, qui paraissent étouffées progressivement par l'accroissement du tissu conjonctif. Enfin, on voit que les faisceaux connectifs perdent peu à peu leurs caractères et cessent d'être colorés par le carmin ; en même temps, ils se gonflent et prennent de plus en plus l'apparence du tissu muqueux. Dans cette partie limitante, pas plus que dans le reste de la tumeur, nous n'avons pu reconnaître nettement les restes des culs-de-sac glandulaires.

En résumé, nous considérons cette tumeur comme un myxo-chondrome de la parotide ; nous ignorons si elle a pris naissance dans les travées connectives d'un lobule ou dans les culs-de-sac, en tous cas sa prolifération a partiellement étouffé l'épithélium. Ce défaut de développement de l'épithélium dans cette tumeur est la cause de sa bénignité relative. (Pièce n° 59, année 1880.)

Observation V.

Epithéliome de la parotide.

Le 5 février 1882, M. Heurtaux présentait à la Société anatomique, une tumeur qu'il avait enlevée à Mme X..., âgée d'une cinquantaine d'années. Cette tumeur, située sous le masséter, paraît avoir débuté depuis vingt-cinq ans environ. Elle a le volume d'une noix.

Examen histologique. — Sur les coupes, on voit, au premier coup d'œil, que son tissu se compose de deux parties : d'abord, une partie demi-transparente, d'apparence fibreuse, ensuite des grumeaux moins blancs et d'un aspect plus mat. Le carmin fait encore ressortir ces différences. En examinant les coupes au microscope, on voit que la partie demi-transparente est constituée par un tissu fibreux très dense à faisceaux presque parallèles. Dans l'écartement de ces faisceaux, on rencontre beaucoup d'amas de granulations graisseuses tout à fait semblables à ceux

qu'on trouve dans certaines parties des cancers fibreux dégénérés et qu'on appelle cicatrice cancéreuse. Dans certains points, ces masses ressemblent beaucoup à celles de l'épithéliome calcifié, mais à l'aide d'un grossissement suffisant (obj. 6, ocul. 1, Vérick), il est facile de les en distinguer et de constater qu'il s'agit tout simplement d'une dégénérescence granuleuse des cellules. De la présence de ces foyers de dégénérescence totale des cellules, il résulte qu'on rencontre de larges bandes de tissu fibreux absolument privées d'éléments cellulaires vivants. Au milieu de ce tissu fibreux si dense, on rencontre des cellules épithéliales qui se présentent, soit par traînées ou par petits groupes isolés, soit par masses considérables.

On peut décrire trois formes principales dans la disposition qu'affectent ces amas épithéliaux :

1° Ils se montrent comme un élargissement des conduits excréteurs d'une glande ou comme un cul-de-sac glandulaire coupé en travers et tapissé d'une couche simple ou double d'épithélium cylindrique. La cavité qu'ils entourent est remplie de substance muqueuse.

2° Ils apparaissent comme des traînées plus ou moins larges, formées par des cylindres épithéliaux (Pl. II, fig. 4) ; dans ce cas, ils ressemblent tout à fait à certains épithéliomes tubulés. Ces traînées paraissent être tantôt le résultat de l'aplatissement des conduits excréteurs signalés plus haut et de l'effacement de leur lumière, tantôt le résultat de l'étouffement des masses épithéliales de nouvelle formation par le tissu fibreux.

3° Enfin, ils forment de gros amas d'aspect assez variable, dont les plus volumineux sont tantôt complètement dégénérés au centre, tantôt creusés dans toute leur masse d'un grand nombre de lacunes rondes paraissant contenir de la substance muqueuse (Pl. II, fig. 3). La présence de ces lacunes donne à certaines de ces masses un aspect fort élégant. Dans les masses les moins volumineuses, les cellules épithéliales sont encore presque à l'état embryonnaire.

On voit que les masses épithéliales que nous venons de décrire

se rapprochent par leur aspect tantôt de l'épithéliome tubulé, tantôt de l'épithéliome à cellules cylindriques ; dans quelques points, on croirait voir un squirrhe atrophique ou ligneux.

Nous avons noté plus haut la dégénérescence granuleuse si étendue que présentent en certains points les masses épithéliales. Il est probable que dans ces points la nécrobiose survient par défaut de circulation ; en effet, si, dans certaines parties de la tumeur, on rencontre des vaisseaux assez volumineux, ces vaisseaux sont fortement sclérosés, ont une lumière des plus réduite ; et le tissu néoplasique proprement dit paraît à peu près totalement dépourvu de vaisseaux. En dehors de cette nécrobiose par insuffisance d'apport sanguin, il y a probablement aussi dans certains points un étouffement mécanique des amas épithéliaux de nouvelle formation par le tissu conjonctif dense que nous avons décrit en commençant.

En résumé, cette tumeur est un épithéliome de la parotide à trame purement fibreuse, sans mélange de tissus cartilagineux, ni muqueux, mais dans laquelle le tissu fibreux paraît avoir une puissance de développement au moins égale à celle de l'épithélium. La disparition, par nécrobiose ou par pression, dans certaines parties, des masses épithéliales est probablement une des causes de la marche remarquablement lente de cette tumeur.

Développement. — Nous ne saurions prétendre, vu l'ancienneté de cette tumeur et l'extrême lenteur de sa marche, décrire avec certitude son point de départ et son mode de développement. A ce dernier point de vue, voici ce que nous avons pu observer : les parties des coupes où l'épithélium se trouve disposé sur une seule couche, dans des conduits contenant de la matière muqueuse ou colloïde, doivent sans doute être considérés comme représentant le stade le moins avancé du processus néoplasique, or, en étudiant ces points, voici ce que nous avons pu constater : la couche d'épithélium, qui tapisse ces tubes, devient par places fort épaisse et on observe bientôt la disparition à peu près complète de la lumière du tube (Pl. II, fig. 4). Cette lumière

est remplacée par deux ou trois petits espaces clairs et arrondis qui proviennent, soit d'une subdivision de la lumière du tube primitif par des cloisons épithéliales, soit de l'accolement et de la fusion de deux tubes voisins, peut-être de ces deux phénomènes réunis. Quoi qu'il en soit, l'aboutissant de ce processus est la production de masses épithéliales de plus en plus volumineuses, creusées d'un grand nombre de petites cavités arrondies. Dans certains points, entre les tubes pleins d'épithélium, on voit une assez forte proportion de cellules embryonnaires, mais ce phénomène ne s'observe que dans des parties assez limitées de nos préparations. Lorsque les masses épithéliales ont acquis une dimension plus considérable, elles présentent fréquemment à leur centre un ou deux points de dégénérescence et cette dégénérescence peut s'étendre à la totalité de la masse épithéliale. (Pièce n° 26, année 1882.)

Observation VI.

Epithéliome de la parotide avec dégénérescence colloïde de la trame.

Mme X...., âgée de 77 ans, porte, depuis quinze ans, une tumeur de la parotide droite. Cette tumeur demeura longtemps stationnaire, mais depuis un an, sans causes appréciables, elle prit un accroissement rapide et bientôt s'ulcéra en un point. Dès lors, effrayée par des hémorrhagies répétées, tracassée par de violentes douleurs, Mme X... se décida à aller consulter M. le professeur Heurtaux. Celui-ci constata la présence d'une tumeur volumineuse, bosselée, molle par endroits, simulant la fluctuation. Pas d'engorgement ganglionnaire. M. Heurtaux conseilla l'ablation, qui fut pratiquée le 10 novembre 1883.

Examen histologique. — La tumeur, grosse comme la moitié du poing, est renfermée dans une membrane épaisse et résistante, à laquelle elle n'adhère que faiblement. Le tissu de la tumeur, très délicat et très friable, paraît homogène, et après dur-

cissement, il ressemble plus à du tissu de sarcome, qu'à toute autre production ; néanmoins, l'examen microscopique vient montrer qu'il s'agit bien encore d'un épithéliome. Lorsqu'on examine les coupes à un faible grossissement (obj., 0 ; ocul., 1. Verick), l'aspect général du tissu donne la sensation de l'épithéliome tubulé, dans lequel la partie épithéliale l'emporterait de beaucoup en quantité sur la partie conjonctive. La petitesse des cloisons de substance conjonctive, qui sont à peine distinctes à l'œil nu, explique l'homogénéité apparente du néoplasme. Lorsqu'on applique à l'étude des coupes un grossissement un peu plus fort, on voit, qu'en effet, la tumeur se compose de masses épithéliales fortement colorées en rose par le carmin, et d'une substance conjonctive blanchâtre. Cette substance conjonctive, que nous décrirons tout d'abord, est constituée soit par du tissu muqueux, soit par des faisceaux connectifs en voie de dégénérescence muqueuse ; elle est disposée entre les masses épithéliales sous forme de cloisons d'épaisseur très variable, qui non seulement séparent les masses épithéliales les unes des autres, mais qui, en outre, pénètrent au sein de certaines de ces masses en les subdivisant et en les dissociant pour ainsi dire (Pl. II, fig. 2). Dans certains points la transformation muqueuse de ce tissu est poussée si loin que l'on a affaire à des traînées de substance colloïde plutôt qu'à un véritable tissu muqueux. Ces traînées de substance colloïde, transparente, très légèrement granuleuse, contiennent çà et là quelques débris cellulaires, emprisonnés dans leur sein. Lorsqu'on examine cette substance colloïde, on peut, dans certaines préparations favorables, reconnaître qu'elle est parcourue dans tous les sens par de très petits faisceaux de fibrilles connectives qui en forment pour ainsi dire la charpente.

Les masses épithéliales contenues au milieu de la substance connective que nous venons de décrire se présentent avec des formes éminemment variables ; elles se rapprochent, en somme, par leur aspect général de l'épithéliome tubulé à petites cellules (Pl. II, fig. 1). Lorsqu'on veut les examiner en détail, on constate tout d'abord que les cellules sont fortement tassées les unes

contre les autres et que leurs limites sont très difficiles à distinguer ; de plus, ces éléments paraissent tellement délicats et friables qu'ils sont aplatis par la pression de la lamelle et notablement déformés. Le défaut de consistance de la substance connective qui les sépare, défaut de consistance qui ne permet pas à ce tissu de supporter le poids de la lamelle peut, sans doute, rendre compte de la déformation et du défaut de netteté de ces cellules. Néanmoins, en examinant les préparations les mieux réussies avec un objectif puissant, on constate l'existence de deux formes principales de cellules : les unes, prismatiques et disposées comme des cellules de revêtement, les autres, polyédriques et disposées en masses pleines. Les cellules cylindriques, disposées en forme de revêtement, sont probablement des restes de conduits excréteurs ; elles ont à peu près les mêmes dimensions que les cellules normales de ces conduits, mais on ne peut plus distinguer leur striation longitudinale. Les cellules polyédriques sont munies d'un noyau unique, entouré d'une assez faible quantité de protoplasma, et contenant un ou plusieurs nucléoles et de nombreuses granulations. Dans beaucoup de points, les masses formées par ces cellules contiennent un grand nombre de granulations graisseuses.

En résumé, cette tumeur est un épithéliome présentant un certain polymorphisme dans les cellules, et dans toute l'étendue de la trame un état avancé de dégénérescence colloïde.

Quant au développement de cette tumeur, nous ne pouvons en parler que par hypothèse, aucun point de nos préparations ne montrant la transition du tissu sain au tissu malade. Nous supposons que les amas de cellules cylindriques sont des restes de conduits excréteurs, tandis que les amas de cellules polyédriques pourraient être les vestiges des culs-de-sac glandulaires. Quant à la substance colloïde, elle s'est évidemment développée aux dépens du tissu conjonctif de la glande. (Pièce n° 106, année 1883.)

Observation VII.

Epithéliome avec dégénérescence colloïde de la trame.

En juillet 1880, M. Heurtaux apportait au laboratoire d'histologie, une tumeur de la parotide qu'il avait enlevée à un paysan d'une quarantaine d'années et dont le début remontait à dix ans.

Cette tumeur, du volume d'une noix environ, présente une enveloppe assez dense ; son centre est formé d'un tissu blanchâtre, homogène, demi-transparent, devenant mat par l'immersion dans l'alcool et reprenant sa transparence quand on le plonge dans l'eau, mais sans se gonfler d'une manière notable. Les coupes de cette tumeur nous ont montré une disposition toute particulière du tissu pathologique.

Examen histologique. — Quand on examine des points de la tumeur occupant la partie centrale de la masse ou même s'éloignant un peu de la membrane, on obtient des coupes du tissu transparent signalé plus haut, qui, au microscope, présente deux substances : 1° une substance amorphe ayant une assez grande analogie avec la matière colloïde ; 2° des cellules qui,au premier abord, semblent entourer des amas de cette matière transparente (Pl. III, fig. 3), de telle sorte que, sauf un peu d'irrégularité dans la disposition des parties, ce tissu rappelle l'aspect des coupes d'un corps thyroïde kystique. Sur certaines préparations, il est facile de voir que les cellules, qui entourent les espaces pleins de substance amorphe, sont épithéliales et forment un revêtement en mosaïque ; de sorte qu'au premier abord, on serait tenté de croire que la tumeur consiste dans l'agrandissement des culs-de-sac salivaires, l'aplatissement de leur épithélium et la production dans l'intérieur de ces culs-de-sac d'une substance amorphe se rapprochant de la matière muqueuse ou colloïde. L'étude des parties extérieures du néoplasme nous a conduit à une interprétation différente.

Lorsqu'on fait des coupes comprenant quelques culs-de-sac

glandulaires non malades qui ont été enlevés avec la tumeur, on obtient une coupe passant, sous les yeux de l'observateur, du tissu sain au tissu pathologique, et voici ce qu'on observe : les lobules de la glande, voisins de la tumeur, sont un peu aplatis, leurs culs-de-sac, plus ou moins comprimés ; mais ils ne paraissent pas atteints autrement par le néoplasme. Les conduits excréteurs avec leur épithélium cylindrique se distinguent nettement ; il n'y a donc pas d'envahissement. Ces culs-de-sac aplatis sont reliés par du tissu conjonctif lâche à une membrane qu'on pourrait appeler la membrane mère du néoplasme. Cette membrane est probablement formée par un épaississement de l'enveloppe d'un ou de plusieurs culs-de-sac glandulaires, qui ont été le point de départ de la tumeur. En effet, il est bon de dire qu'on ne trouve pas, dans les points que nous avons examinés, de culs-de-sac partiellement malades. Sauf l'aplatissement mécanique que nous avons signalé, les culs-de-sac voisins de la tumeur sont indemnes, tandis que le, ou les culs-de-sac, ou le lobule qui ont servi au développement du mal, ont subi un remaniement complet dans leur structure et sont absolument méconnaissables. Quoi qu'il en soit, la membrane propre du néoplasme est fibreuse, à fibres conjonctives parallèles, adultes, bien développées. Dans cette membrane, on découvre quelques canaux excréteurs, reconnaissables à leur épithélium, puis des traînées de cellules embryonnaires ou épithéliales, situées entre les fibres. Ces cellules, aplaties par pression réciproque, rappellent totalement les cellules d'envahissement de certains cancers lorsqu'elles se développent dans une trame serrée, comme par exemple, dans les tuniques musculaires du gros intestin. Les canaux excréteurs suivent des trajets creusés obliquement dans la membrane. A mesure qu'on pénètre plus avant dans le tissu pathologique, on rencontre des cellules plus nombreuses et en même temps on constate que les fibres conjonctives sont disposées d'une manière moins régulière ; enfin, on arrive au début de la lésion que nous décrivions plus haut comme occupant la masse de la tumeur. On voit, en ce point, que les fibres connectives deviennent amorphes,

transparentes et ne se colorent plus par le carmin, les cellules forment entre elles des rangées assez régulières, et lorsque les fibres se trouvent coupées en travers, elles sont entourées par une ceinture de cellules, plus ou moins semblables à des cellules épithéliales. Dans le cas où les fibres sont peu volumineuses, leur coupe donne assez la sensation du myxome ; mais peu à peu la constitution fibrillaire disparaît et on se trouve en présence de traînées cellulaires disposées au milieu d'une masse de substance amorphe (Pl. III, fig. 3). Dans quelques points des préparations, les traînées cellulaires se présentent de face et l'on voit qu'elles constituent une couche épithéliale, formée par des cellules à gros noyaux. On a alors la sensation optique de cavités plus ou moins arrondies ou polyédriques, tapissées par de l'épithélium et pleines de matière colloïde ; c'est alors que la ressemblance avec les préparations de corps thyroïde kystique, devient frappante. Au milieu de ce tissu, on voit de temps à autre des artères bien conservées et des petits vaisseaux remplis de globules sanguins.

Dans les points les plus avancés de la tumeur les cellules sont moins nombreuses, la plupart d'entre elles ayant subi la dégénérescence muqueuse ; les autres s'allongent, deviennent fusiformes, laissent voir un tissu fibrillaire fin contenant quelques fibres élastiques, tissu qui soutient les cellules ; alors l'aspect devient assez analogue à celui de certains carcinomes colloïdes. Au contraire, dans les points peu avancés, qui paraissent être des centres de prolifération, et le long de la membrane de la tumeur, les traînées de cellules épithéliales, soit anastomosées, soit parallèles, ne sont séparées que par des quantités minimes de substance conjonctive. De toutes ces dispositions, il résulte une grande variété d'aspect et aussi un grand embarras pour arriver à classer une pareille tumeur, embarras qui résulte de la difficulté qu'on éprouve à suivre le développement de la néoplasie. Néanmoins, en examinant des coupes prises à la périphérie, nous sommes parvenu à isoler, en partie du moins, des faisceaux connectifs gonflés et en voie de transformation colloïde

En suivant de même les masses épithéliales nous avons pu voir qu'elles étaient aplaties de plus en plus par la pression de ces faisceaux connectifs transformés.

La tumeur serait donc bien un épithéliome avec dégénérescence colloïde de la trame. Bien que cette forme curieuse de l'épithéliome nous paraisse surtout propre aux glandes salivaires, il n'est pas impossible de la rencontrer dans les tumeurs ayant une autre provenance. C'est ainsi que dans la collection du laboratoire d'histologie nous avons pu examiner des préparations d'une tumeur de la mamelle (Pièce n° 42, année 1879) qui présente par place une analogie frappante avec la tumeur que nous venons de décrire (Pièce n° 89, année 1880).

Observation VIII.

Tumeur mixte de la parotide (épithéliome avec trame fibreuse et osseuse.)

Cette tumeur a été enlevée par M. Joüon en 1876; elle provenait d'un homme de 71 ans. Située dans l'épaisseur de la joue, près du masséter, elle a pendant longtemps formé une petite boule dure, ne tendant pas à augmenter de volume. Son début paraissait remonter à 30 ans; depuis peu elle s'est mise à grossir rapidement et l'ablation a été pratiquée.

Le malade guérit très bien de l'opération, mais il succomba plus tard à une récidive.

Examen macroscopique. — La tumeur forme une petite masse losangique ayant à peu près 6 centimètres de long sur 3 de large et 2 d'épaisseur; elle est recouverte d'une peau à peu près saine, mais déjà amincie par la pression du néoplasme. A la coupe elle est en général très dense; néanmoins on y distingue plusieurs zones : les unes ayant l'aspect et la consistance du cartilage et contenant même des grains ossifiés; les autres plus grises, d'une couleur plus mate et d'une consistance plus molle. A ces

différences d'aspect macroscopique correspondent des différences de structure extrêmement marquées.

Examen microscopique. — En examinant à un faible grossissement (Pl. I, fig. 1) des coupes d'une certaine largeur, on aperçoit différentes zones limitées par un contour arrondi et séparées par des interstices, remplis de tissu conjonctif, où l'on voit cheminer de volumineuses artères extrêmement sclérosées. Certaines de ces zones répondent au tissu d'aspect cartilagineux, d'autres au tissu grisâtre et plus mou que l'on distingue à l'œil nu.

Lorsqu'on examine, à un plus fort grossissement, des points ayant l'aspect du cartilage, on constate qu'ils sont formés non par du cartilage, mais par un tissu fibreux excessivement dense, constitué par des faisceaux conjonctifs adultes, fortement colorés par le carmin, entre-croisés dans divers sens, et tellement pressés les uns contre les autres qu'il ne reste plus pour loger les cellules fixes du tissu que des fentes allongées, très étroites. Quelques-unes de ces fentes sont même dépourvues de cellules, celles-ci ayant été complètement atrophiées.

Dans certains points, le tissu fibreux est tellement condensé qu'il paraît amorphe et qu'on ne peut plus distinguer les faisceaux les uns des autres. Dans d'autres points, au contraire, les faisceaux présentent un certain écartement et se rapprochent par leur aspect du tissu fibreux normal.

Les petits grains ossifiés, dont nous avons parlé plus haut, sont en rapport avec le tissu conjonctif condensé duquel ils dérivent probablement. Ces grains osseux sont formés d'os vrai, riche en ostéoplastes munis de leur cellule osseuse, creusé de canaux de Havers et d'espaces médullaires remplis de moelle adipeuse (Pl. I, fig. 6).

Au milieu des faisceaux de tissu conjonctif que nous venons de décrire on rencontre une grande quantité d'amas de granulations grises, colorées en jaune par l'acide picrique. Ces amas, dont nous étudierons plus tard la disposition, sont dus à la dégénérescence des éléments cellulaires de la tumeur.

Tels sont les principaux points à signaler dans les parties dures de la tumeur.

Les parties molles nous présentent un aspect bien différent, un coup d'œil suffit pour se convaincre qu'elles sont formées en totalité par des amas de cellules épithéliales métatypiques contenues dans une trame alvéolaire (Pl. I, fig. 3). Les cellules qui constituent ces amas sont fortement soudées ensemble, elles possèdent un noyau volumineux mesurant 10 à 12 μ sur une cellule de moyenne grandeur, muni d'un ou plusieurs nucléoles et de nombreuses granulations (Pl. I, fig. 2). Le noyau est entouré d'un protoplasma délicat, assez abondant et de forme très variable. Dans la plupart des amas les cellules sont si intimement soudées ensemble qu'il est impossible de reconnaître les limites de chacune.

Ces cellules présentent par places une tendance marquée à la dégénérescence granulo-protéique ; dans certains points, ces cellules totalement dégénérées forment ces amas gris, que nous avons signalés plus haut, au milieu de la substance conjonctive de la tumeur ; dans d'autres, qu'on pourrait considérer comme de transition, on voit encore des amas de cellules très petites, pressées de toute part par la trame fibreuse et étouffées par cette compression. Dans le voisinage de ces amas, les faisceaux conjonctifs sont séparés par de grandes traînées de granulations d'un gris jaunâtre, ressemblant à ces traînées qui, dans le carcinome fibreux du sein, se transforment en pelotons élastiques. Dans la tumeur actuelle il nous a été impossible de voir d'une façon parfaitement nette si cette transformation s'opérait, nous avons cru cependant l'observer dans certains points. Ailleurs les masses granuleuses diminuent peu à peu d'étendue et ne forment plus au milieu du tissu fibreux que de faibles traînées donnant lieu à l'apparence connue sous le nom de cicatrice cancéreuse.

La trame, qui contient les amas d'apparence carcinomateuse (1), est composée de tissu fibreux absolument identique à

(1) Nous nous rangeons complètement à l'opinion des auteurs

la trame d'un carcinome du sein de consistance moyenne; dans certains points où les cellules sont tombées cette forme s'observe avec la plus grande netteté (Pl. I, fig. 3).

Développement. — Telles sont les principales parties constituantes de notre tumeur. Ajoutons, en ce qui concerne la provenance des masses épithéliomateuses, que nous avons pu suivre leur développement sur certaines parties de nos coupes. Ce développement se fait aux dépens de tubes creux tapissés d'épithélium qui sont sans doute les conduits excréteurs de la glande. Ces conduits finissent par être bourrés de cellules, ils se déforment et envoient des bourgeons épithéliomateux dans diverses directions (Pl. I, fig. 4 et 5). Autour d'eux, pendant que ce travail de prolifération s'accomplit à l'intérieur du tube, nous avons observé en plusieurs points une production abondante de cellules embryonnaires, infiltrant les espaces conjonctifs du voisinage. C'est donc, comme on pouvait le prévoir, les conduits excréteurs de la glande qui sont le point de départ des masses épithéliomateuses.

Signalons encore dans la masse la présence de corpuscules pigmentaires très abondants dans quelques points, notamment dans le voisinage de certains vaisseaux altérés. Signalons la présence de nombreuses artères à parois enflammées et épaisses et à calibre extrêmement réduit, et nous aurons noté, croyons-nous, tout ce qu'il y a d'important dans cette tumeur (Pl. I, fig. 1 et 3).

En résumé, le néoplasme se compose de deux parties : l'une conjonctive formée de tissu fibreux avec quelques points ossifiés et contenant encore les traces de cellules épithéliales détruites, l'autre épithéliomateuse; cette dernière procède évidemment des conduits excréteurs de la glande, et on peut même suivre dans une certaine mesure le processus dégénératif ayant abouti à la formation du tissu épithéliomateux. Nous trouvons donc dans

---

qui attribuent au carcinome une origine épithéliale. Pour nous, le carcinome est un épithéliome à trame alvéolaire.

ce cas un exemple des deux faits principaux qui caractérisent les tumeurs mixtes de la parotide : néoplasie conjonctive, d'une part, aboutissant à l'étouffement des cellules; néoplasie épithéliomateuse, d'autre part, développée probablement bien plus tard que la première et donnant à la tumeur sa malignité. (Pièce nº 5, année 1876.)

Observation IX.

Myxo-épithéliome de la parotide.

Enlevée par M. le professeur Chenantais, en mai 1878, cette tumeur de la parotide est la récidive d'une autre tumeur opérée précédemment.

Elle forme une petite masse ayant à peu près le volume de l'extrémité du pouce. La coupe montre une surface très irrégulière, divisée en deux tissus d'aspects différents : l'un est nacré, demi-transparent, cartilaginiforme ; l'autre est mat et granuleux, un peu friable.

Examen histologique. — Lorsqu'on examine, à l'aide d'un faible grossissement, des coupes de cette tumeur, on distingue, de la manière la plus nette, deux substances : l'une, de nature conjonctive; l'autre, formée par des amas de cellules épithéliales. La substance conjonctive, qui forme la trame de la tumeur, se présente sous des aspects très variables : 1° A la partie périphérique, là ou elle forme, à proprement parler, l'enveloppe du néoplasme, cette substance conjonctive se présente sous forme de gros faisceaux fibreux, parfaitement colorés par le carmin, très denses et très pauvres en cellules. Le même tissu fibreux s'observe aussi dans un certain nombre de cloisons qui pénètrent au milieu de la tumeur ; 2° la seconde apparence, que revêt la substance conjonctive, est celle d'un tissu fibrillaire ou granuleux, jaunâtre, ressemblant à du tissu élastique en voie de développement, mais n'étant probablement en réalité qu'un commencement de transformation muqueuse de la trame ; 3° sur les coupes, examinées, par transparence, à l'œil nu, on distingue

des surfaces blanchâtres, plus transparentes que le reste du tissu et ressemblant assez à du cartilage. Ce tissu blanchâtre, vu au microscope, est constitué par une substance fondamentale grisâtre, fibrillaire ou légèrement granuleuse; au milieu de cette substance, se trouve une très grande quantité de cellules étoilées, qui, dans bon nombre de points, lui donnent l'apparence du myxome type. Dans quelques points des coupes, nous avons rencontré des cellules plus arrondies, qui nous semblaient contenues dans une capsule encore très rudimentaire, de sorte qu'il y aurait là quelques parties cartilagineuses au sein du tissu myxomateux.

Les masses épithéliales se présentent, suivant les points où on les examine, sous des aspects assez variables : par places, ce sont d'énormes masses remplissant de grandes cavités ; ailleurs, ce sont des boyaux cellulaires allongés comme ceux de l'épithéliome tubulé; enfin, dans bon nombre de points, on trouve des espèces de cavités ou de cylindres creux qui sont tapissés par les cellules épithéliales. Ces cylindres creux sont peut-être les vestiges des conduits excréteurs de la glande. Les cellules épithéliales, qui affectent la disposition que nous venons de décrire, sont, en général, de volume médiocre, polyédriques et munies d'un seul noyau assez volumineux et fortement colorable par le carmin.

Les rapports de l'épithéliome avec la substance muqueuse méritent de nous arrêter un instant. En effet, on aperçoit, dans quelques points favorables, le tissu muqueux sous forme d'îlots entourés de toutes parts par les cellules épithéliales ; ailleurs, on rencontre des traînées épithéliales, plus ou moins considérables, au milieu du tissu muqueux. Il semble que le tissu muqueux a envahi les masses épithéliales, étouffé leurs cellules et s'est substitué à leur place. Dans les cloisons qui séparent les lobules de la tumeur, on rencontre quelques vaisseaux plus ou moins sclérosés. Nous avons vainement cherché à observer le début de cette néoplasie, en étudiant les parties périphériques de la tumeur.

En résumé : tissu conjonctif se présentant sous forme de tissu fibreux, muqueux, et, peut-être, même cartilagineux ; masses épithéliales, tantôt volumineuses et arrondies, tantôt allongées en boyau, ayant avec la trame les rapports les plus compliqués ; telles sont les parties que l'on peut reconnaître dans cette tumeur. Le nom de myxo-épithéliome nous paraît la désigner convenablement. (Pièce nº 83, année 1879.)

Observation X.

Myxo-épithéliome de la parotide.

Cette tumeur, un peu plus grosse que le bout du pouce, a été enlevée, par M. Chenantais, à une femme de 25 à 30 ans. C'est la deuxième récidive de la tumeur opérée une première fois par feu M. Letenneur, et, une seconde fois, par M. Chenantais.

La tumeur est entourée de tissu cellulo-adipeux; son tissu, assez dur à couper, présente, à l'examen à l'œil nu, après macération dans l'alcool, deux substances : l'une, demi-transparente, ayant l'aspect du tissu conjonctif, très dense ou de fibro-cartilage; l'autre, jaunâtre et opaque; cette dernière se présente sous forme de masses arrondies.

L'*examen histologique* des coupes permet de distinguer : 1° des parties conjonctives formées par du tissu fibreux très dense, dont les faisceaux se colorent fortement par le carmin ; 2° d'autres parties, également de substance conjonctive, composées de tissu muqueux plus ou moins bien développé, suivant les points ; 3° des masses épithéliales, tantôt très volumineuses, tantôt très petites et comme dissociées au milieu du tissu muqueux. Nous allons étudier successivement ces trois parties, et tâcher de nous rendre compte de leurs rapports réciproques et de leur mode de développement.

Les parties fibreuses, formées d'un tissu très dense, sont pauvres en cellules ; elles forment la paroi de grandes cavités assez régulièrement arrondies, cavités qui contiennent soit du

tissu muqueux, soit de l'épithélium, soit de l'un et de l'autre. Ces cavités, parfaitement reconnaissables à l'œil nu, ont un à deux millimètres de diamètre environ.

Lorsque ces cavités sont remplies d'épithélium, cet épithélium en tapisse régulièrement les parois et comble toute la cavité, absolument comme le font les masses épithéliales dans l'épithélium tubulé. Dans certains points, les cellules épithéliales du centre de la masse sont tombées, et il ne reste plus qu'une bordure irrégulière d'épithélium le long de la cavité. Au voisinage des masses épithéliales, dans le tissu fibreux qui les entoure, on voit des amas de substance jaune, granuleuse, absolument comparables à ceux que l'on voit dans le carcinome fibreux du sein, et qui, dans ce dernier cas, sont destinés à se transformer en fibres élastiques. Dans le néoplasme que nous étudions actuellement, ces points jaunes nous semblent marquer le début de la dégénérescence muqueuse. Les cellules épithéliales formant les masses signalées plus haut sont assez volumineuses, polyédriques et possèdent un ou plusieurs noyaux, ainsi que de nombreux nucléoles très réfringents. Leur protoplasma, assez dense, est très finement granuleux. Le volume des masses qu'elles forment est très variable ; tantôt parfaitement visible à l'œil nu ; d'autres fois, elles constituent de petits amas dont le microscope seul peut déceler la présence.

La substance muqueuse qu'il nous reste à étudier est un tissu myxomateux assez riche en fibres élastiques. Ce tissu est distribué, tantôt sous forme de grands amas au milieu desquels on reconnaît à peine quelques groupes de cellules épithéliales, tantôt comme infiltré au milieu des masses épithéliales qu'il dissocie et auxquelles il paraît se substituer peu à peu. Dans certaines des cavités décrites plus haut, on ne trouve plus qu'une masse centrale d'épithélium entourée, de toutes parts, de tissu muqueux. Ailleurs, il reste de minces boyaux d'épithélium qui persistent dans une gangue muqueuse. Cette sorte de dissociation de l'épithélium par le tissu muqueux est un fait très particulier et qu'on voit rarement en dehors des tumeurs de la parotide.

A la périphérie de la tumeur, on rencontre une couche de tissu fibreux très dense, mélangé avec une certaine quantité de tissu adipeux. Dans une de nos préparations, nous avons trouvé, également à la périphérie de la tumeur, un certain nombre de coupes de conduits excréteurs parfaitement distinctes, entourées par un tissu jaunâtre ; puis, plus loin, des amas de tissu embryonnaire infiltrant probablement le reste d'un lobule de la glande.

Comment classer ce néoplasme ? Jadis, nous n'aurions pas hésité à en faire un myxome ; mais, actuellement, nous pensons qu'on doit tenir compte des parties épithéliomateuses de la tumeur, et en faire une tumeur mixte, myxo-épithéliome ; de même que la plupart des tumeurs de la parotide qui contiennent du tissu cartilagineux seraient, d'après nos recherches, des chondro-épithéliomes. Ajoutons que les cellules épithéliales que l'on trouve dans ces tumeurs de la parotide sont tellement déviées du type, qu'on ne saurait guère songer à l'adénome.

Développement. — Comment comprendre le développement de la tumeur que nous venons de décrire ? Nos préparations ne nous permettant pas de suivre le développement dans toutes ses phases, il reste un certain doute sur la manière dont il s'est effectué. Néanmoins, en tenant compte de l'aspect et de la disposition des canaux excréteurs que nous avons pu constater à la périphérie, voici ce qui nous semble le plus probable : les canaux excréteurs se dilatent, leur épithélium perd ses caractères normaux, sa striation, son aptitude à fixer fortement l'acide picrique ; autour de lui, le tissu conjonctif s'épaissit et se transforme en un tissu fibrillaire jaunâtre, qui, bientôt, deviendra myxomateux ; en même temps, les éléments glandulaires du lobule sont infiltrés de cellules embryonnaires et deviennent à peu près méconnaissables. C'est alors que, soit successivement, soit simultanément, apparaissent, d'une part, des masses épithéliales plus ou moins volumineuses, et, d'autre part, un tissu fibreux ou muqueux qui les enveloppe. A un moment donné, le tissu muqueux envoie des prolongements au milieu des masses épi-

théliales. Ces masses épithéliales sont dissociées ou subissent la dégénérescence muqueuse, de sorte qu'on trouve, les unes à côté des autres, des parties presque exclusivement myxomateuses; d'autres, où le tissu muqueux est creusé de boyaux pleins d'épithélium; d'autres, enfin, où il y a un mélange complet des deux tissus. Cette dissociation des masses épithéliales par le tissu muqueux est un fait que nous avons pu déjà constater dans plusieurs autres tumeurs des glandes salivaires, et que l'on peut observer également, mais à l'état de rare exception, dans des épithéliomes provenant des glandes sébacées. (Pièce n° 72, année 1881.)

Observation XI.

Adéno-chondrome de la parotide.

Cette tumeur a été enlevée, par M. le professeur Heurtaux, à un homme de 28 ans; elle s'était développée dans la parotide droite et au moment de l'ablation son début remontait à un peu plus d'un an.

Cette production, du volume d'une grosse amande, est contenue dans une enveloppe fibreuse, assez épaisse et résistante. Lorsqu'on pratique une coupe, on voit que le milieu du néoplasme est occupé par un gros noyau cartilagineux blanc bleuâtre, et que le reste du tissu, disposé autour de ce noyau à la manière d'une substance corticale, est grisâtre, de consistance assez ferme et assez homogène.

Examen histologique. — Voici ce que montre l'examen microscopique des nombreuses coupes que nous avons pratiquées sur cette tumeur :

La partie nacrée et bleuâtre, formant le noyau central du néoplasme, est constituée par du tissu fibreux très dense, passant, dans les parties dont l'évolution est plus avancée, à l'état de fibro-cartilage (Pl. II, fig. 6). Ce fibro-cartilage tend même, par places, à devenir cartilage hyalin, sans cependant y parve-

nir tout à fait. Vers la périphérie du gros noyau central fibro-cartilagineux, on commence à distinguer, dans le tissu, des traînées épithéliales. Ces traînées épithéliales rappellent, par leur disposition générale, une glande en voie de développement, la glande mammaire par exemple (P. II, fig. 5). On constate, en effet, que les traînées épithéliales sont, la plupart du temps, disposées le long d'une cavité, cavité parfois bien distincte et remplie d'une masse granuleuse, jaunâtre ou grisâtre, qui représente un produit de sécrétion ou des cellules desquamées. Les cellules, qui composent ces traînées, ou qui tapissent les cavités signalées plus haut, sont cylindriques, petites et de forme peu variable. Ce n'est que dans quelques parties très limitées qu'on rencontre des cellules un peu plus volumineuses, et cette augmentation de volume paraît due à la dégénérescence plutôt qu'à une hypertrophie véritable. Une de ces cellules, mesurée depuis sa pointe jusqu'à son extrémité libre, a une longueur d'environ 15 μ, mais elle n'a que 4 à 5 μ de largeur, son noyau est long d'environ 6 μ et large de 4.

Les traînées cellulaires et les culs-de-sac, ainsi constitués deviennent extrêmement abondants vers la périphérie de la tumeur; ils sont soutenus seulement par un tissu conjonctif, grisâtre, fibrillaire, peu colorable par le carmin et tendant à se transformer en cartilage. Outre ce tissu grisâtre, on trouve bon nombre de faisceaux franchement fibreux et bien colorés par le carmin. Dans quelqeus points, et surtout à la périphérie des lobules, le tissu grisâtre, que nous avons signalé, paraît se transformer en tissu élastique.

Au milieu des masses épithéliales creuses, que nous avons décrites, se rencontrent des cavités plus ou moins grandes que nous avons déjà signalées et sur lesquelles nous reviendrons brièvement. Ces cavités contiennent des cellules, tantôt aplaties, dont la disposition imite celle d'un globe épidermique et dont quelques-unes possèdent encore un noyau plus ou moins reconnaissable, et tantôt isolées les unes des autres; les cavités les plus grandes contiennent en outre une substance granuleuse

d'aspect muqueux et de simples débris cellulaires d'aspect informe.

Les vaisseaux sont en général peu nombreux dans ce tissu, cependant au milieu des faisceaux conjonctifs qui sont probablement les vestiges des cloisons interlobulaires de la glande nous avons remarqué des artères qui sont volumineuses et fortement sclérosées.

Développement. — Nous avons cherché à nous rendre compte du mode de développement de ce néoplasme, et en examinant des coupes pratiquées à la périphérie de la tumeur, voici ce que nous avons pu observer : en portant nos regards sur le tissu conjonctif, nous avons constaté que, dans quelques points, les conduits excréteurs de la glande étaient entourés d'une couche de tissu fibreux beaucoup plus dense qu'à l'état normal, mais cette disposition ne nous a pas paru constante, et, dans un certain nombre de lobules confinant au tissu pathologique nous avons trouvé seulement autour des conduits excréteurs, des amas plus ou moins considérables de petites cellules rondes, presque exclusiment composées d'un noyau et paraissant tout à fait embryonnaires. Ces lobules de la glande, où nous avons cherché à surprendre le mode de développement de la tumeur, sont fortement aplatis, de sorte que les culs-de-sac aussi bien que les conduits excréteurs sont allongés et n'ont plus que des cellules difficiles à distinguer les unes des autres. Entre ces culs-de-sac, on voit de petites cellules rondes infiltrant le tissu et d'assez nombreuses vésicules adipeuses.

En prenant un point du même lobule où la maladie est plus avancée, nous ne pouvons plus, que difficilement, reconnaître les uns des autres les culs-de-sac glandulaires, et nous distinguons déjà ces petites cellules cylindriques qui constituent l'épithélium de la tumeur. Il nous a été impossible de suivre plus loin la transition ; le lobule altéré, comme nous venons de le dire, est séparé du tissu néoplasique proprement dit par une certaine épaisseur de tissu conjonctif adulte, après quoi on trouve une couche connective presque amorphe, puis une bonne quantité

de ce tissu fibroïde grisâtre qui se transformera plus tard soit en tissu fibreux, soit en tissu élastique, soit en tissu cartilagineux. Les masses épithéliales ont alors pris l'aspect que nous leur retrouvons dans tout le reste du néoplasme; et, cependant, dans quelques points, on reconnaît encore, à l'aspect de leur épithélium, les coupes de quelques conduits excréteurs. A la périphérie du tissu pathologique nons avons pu observer quelques fentes qui nous ont paru de nature lymphatique.

En résumé, l'aplatissement des lobules et la condensation de leur tissu, l'infiltration du tissu connectif interacineux par des cellules embryonnaires, tels sont les phénomènes du début. L'apparition d'îlots fibreux ou cartilagineux au milieu des masses épithéliales, telle serait la seconde période du processus; l'aplatissement et l'étouffement de ces masses épithéliales par l'accroissement du tissu interstitiel en serait la troisième période.

Comme résultat de cette analyse, quel diagnostic devons-nous porter? Il est clair que, pour imposer à notre tumeur une dénomination convenable, nous devons faire entrer en ligne de compte l'état de l'épithélium et la présence de la trame cartilagineuse. Ce sera donc le nom d'adéno-chondrome ou celui d'épithélio-chondrome qui conviendrait le mieux pour la désigner. On pourrait à peu près *ad libitum* choisir l'une ou l'autre de ces deux dénominations, puisque d'une part l'épithélium n'a pas conservé le type normal, mais que d'autre part il ne présente point une aberration de type considérable, par rapport à celui des conduits excréteurs par exemple. La présence de détritus, grossièrement assimilables à un produit de sécrétion, nous firent pencher vers la dénomination d'adéno-chondrome, mais en faisant, bien entendu, cette réserve qu'un processus épithéliomateux ultérieur aurait pu facilement se montrer au milieu d'un pareil tissu. (Pièce nº 9, 1re série.)

Observation XII.

Epithéliome tubulé à trame fibro-muqueuse de la parotide.

Cette tumeur a été envoyée au laboratoire par M. le professeur Joüon ; elle présente le volume d'une petite pomme. Extérieurement elle est très irrégulière, étant entourée de tissu adipeux et d'un certain nombre de lobules de la glande. Lorsqu'on examine une section de la tumeur, on voit que son tissu est grisâtre, fibroïde par places ; ailleurs un peu granuleux et présente un certain nombre de petites fissures.

Lorsqu'on examine par transparence, à l'œil nu, une coupe un peu large, colorée au carmin, on a un aspect qui rappelle d'assez près celui d'une coupe d'os spongieux, colorée après décalcification.

Examen histologique. — Au microscope et à un faible grossissement, on constate du premier coup d'œil l'existence de deux tissus bien différents : l'un rosé, demi-transparent, constitué par des faisceaux connectifs divisant la tumeur en un grand nombre de loges ; l'autre de nature épithéliale. Les faisceaux connectifs, dont l'épaisseur varie d'ailleurs beaucoup, peuvent atteindre jusqu'à un demi-millimètre d'épaisseur et peut-être même davantage. De ces épaisses cloisons fibreuses partent un grand nombre de tractus connectifs, qui subdivisent les loges principales en loges plus petites. Toutes ces loges sont remplies de masses épithéliales sur l'aspect desquelles nous reviendrons.

Le tissu fibreux, qui compose les cloisons, présente, lorsqu'on l'examine avec un objectif plus puissant, quelques détails dont nous devons dire un mot. Il contient, en effet, d'une part, des faisceaux fibreux, très denses, ondulés, fortement colorables par le carmin, et d'autre part un tissu fibrillaire jaunâtre, qui paraît plutôt avoir tendance à se transformer en tissu muqueux ; on y observe en outre une certaine quantité de fibres élastiques.

Les cellules de ce tissu sont assez rares, à part quelques petits groupes qui proviennent peut-être de la partie épithéliale de la tumeur. On y rencontre aussi un certain nombre de vaisseaux capillaires très délicats. Par places, le tissu fibroïde jaunâtre, dont nous avons parlé, présente une dégénérescence muqueuse complète ; le tissu muqueux, ainsi formé, provient probablement des cloisons qui séparent les uns des autres les culs-de-sac d'un même lobule.

La partie épithéliale de la tumeur est constituée, presque en totalité, par des amas de cellules réunies en masses, plus ou moins volumineuses, et occupant des cavités ménagées dans la charpente conjonctive que nous venons de décrire. Ces cellules possèdent un noyau ovoïde ou sphérique, limité par un contour bien net ; ce noyau est environné d'une faible quantité de protoplasma granuleux tellement délicat que, sur la plupart des cellules isolées, il n'en reste que quelques vestiges. Dans l'intérieur du noyau se trouvent un grand nombre de granulations, dont quelques-unes, plus grosses et plus réfringentes, jouent le rôle de nucléoles. Ces cellules sont de moyen volume, et rappellent, par leur aspect, celles qu'on trouve dans certains cancers, dans l'épithéliome tubulé de l'utérus par exemple. Indépendamment de ces masses de cellules plus ou moins arrondies, on rencontre au milieu du tissu de longues traînées de cellules qui dérivent probablement de l'épithélium des conduits excréteurs. Ces cellules, plus volumineuses que les précédentes et mieux soudées ensemble, forment tantôt un canal creux, tantôt une masse cellulaire pleine. Enfin, au milieu des larges bandes de tissu fibreux qui séparent les principales masses épithéliales, on rencontre des traînées de cellules, dont la disposition très irrégulière rappelle un peu celle des cellules plates des tendons. Au milieu des masses épithéliales les plus volumineuses, on voit un grand nombre de petites cavités, qui se détachent en clair sur les préparations et qui sont remplies par de la substance muqueuse. Quelques cellules étoilées ou un capillaire très délicat sont contenus dans ces petits amas de tissu muqueux, aussi croyons-

nous qu'ils dérivent de la transformation muqueuse de la trame et non d'une dégénérescence des cellules.

Les vaisseaux de cette tumeur paraissent assez peu abondants. En dehors des capillaires délicats, signalés plus haut, nous n'avons rencontré que quelques vaisseaux assez peu importants dans les cloisons connectives de la tumeur.

En résumé une trame fibreuse avec des points myxomateux, des cellules épithéliales tantôt franchement métatypiques, tantôt rappelant l'épithélium des conduits excréteurs, telles sont les parties constituantes de ce néoplasme qui mérite donc le nom d'épithéliome tubulé à trame fibro-muqueuse. De toutes nos tumeurs mixtes, celle-ci se rapproche le plus des épithéliomes vulgaires.

Développement. — Quelques lobules de la glande nous ont paru présenter le processus néoplasique à son début. Voici ce que nous avons pu y observer : lorsqu'on s'avance des lobules sains vers les lobules malades, on constate un certain accroissement de volume des culs-de-sac glandulaires et une disparition plus ou moins complète des cellules adipeuses qui les séparent. La membrane du cul-de-sac glandulaire paraît néanmoins conservée, et nous n'avons pas pu observer le phénomène de sa disparition. Bientôt, entre les culs-de-sac très agrandis et allongés en boyaux, apparaît le tissu fibrillaire jaunâtre, destiné à devenir muqueux, qui représente en ces points la trame conjonctive de la tumeur. Ce tissu fibrillaire dérive probablement, soit de la membrane des culs-de-sac, soit du tissu conjonctif très délicat qui les sépare. Pendant que ce travail s'accomplit les éléments cellulaires des culs-de-sac perdent leur aspect granuleux, leur noyau se gonfle et devient de plus en plus apte à se colorer par le carmin, et enfin les cellules des culs-de-sac se trouvent transformées en cellules épithéliomateuses. Les cellules des conduits excréteurs perdent leur striation, augmentent de volume et tantôt constituent de larges canaux, tantôt des cylindres pleins; dans les points les plus avancés de la tumeur, on rencontre des colonies de cellules épithéliales infiltrant le tissu conjonctif et

servant probablement à l'accroissement du néoplasme. Dans d'autres points les masses épithéliales semblent au contraire dissoçiées et désagrégées par du tissu muqueux qui se développe au milieu d'elles. (Pièce n° 61. Année 1884.)

Observation XIII.

Epithéliome de la parotide à trame fibreuse et muqueuse.

Cette tumeur, donnée au laboratoire par M. le Dr Poisson, a le volume d'une grosse noix, de forme ovoïde ; elle présente à l'œil nu une enveloppe fibreuse assez dense et un tissu dont l'aspect varie notablement selon les points où on l'examine. Par places il est demi-transparent et d'aspect sarcomateux, ailleurs c'est une substance cartilaginiforme ou fibroïde, çà et là le tissu devient granuleux, ramolli, friable, et présente même des espèces de petites cavités kystiques. Un peu de glande parotide recouvre la tumeur.

L'*examen microscopique* des très nombreuses coupes pratiquées sur cette tumeur montre que la substance conjonctive aussi bien que la partie épithéliale du néoplasme varient beaucoup selon les points où on les examine. La charpente conjonctive de la tumeur se présente, le plus souvent, sous forme de faisceaux connectifs constitués par un tissu excessivement dense au point de revêtir à l'œil nu l'aspect du cartilage; cependant nulle part il n'y a de cartilage bien développé, avec des cellules munies de capsules évidentes. Cependant quelques îlots nous ont paru composés de cartilage à cellules ramifiées. De même nous avons trouvé dans plusieurs parties de la tumeur du tissu muqueux en assez grande abondance ; nous avons rencontré aussi, dans quelques points, des coupes de tissu fibreux calcifié ; mais jamais nous n'avons pu apercevoir d'os vrai.

Les masses épithéliales contenues au milieu de ce tissu se présentent, tantôt sous une forme arrondie, comme si elles résultaient de la coupe d'un conduit tapissé d'épithélium : tantôt sous

forme de masses assez volumineuses, ayant la disposition de l'épithéliome tubulé ; tantôt enfin sous forme d'un véritable réseau cellulaire, occupant en totalité les interstices du tissu conjonctif. Cette dernière disposition se voit manifestement dans les points où le néoplasme se dispose à envahir les tissus voisins ; c'est ainsi que nous l'avons observée dans certaines parties de la tumeur où on constatait aussi la présence de nombreuses fibres musculaires provenant probablement du masséter. Au contraire dans les points où le tissu épithélial se présente sous forme de culs-de-sac d'apparence glandulaire, il est probable qu'on a affaire à d'anciennes parties de la glande dégénérées. Dans ces points où le tissu épithélial forme des masses bien développées, la trame est généralement plutôt muqueuse que fibreuse. Les cellules épithéliales de la tumeur sont assez volumineuses, elles possèdent un gros noyau, un ou plusieurs nucléoles, elles sont assez intimement unies les unes aux autres ; dans les points où le tissu fibreux acquiert une densité considérable elles sont fréquemment étouffées et présentent une dégénérescence granuleuse ou granulo-graisseuse qui peut même entraîner leur disparition totale. Dans les points où cette disparition est en train de s'effectuer, on ne rencontre plus que de longues traînées cellulaires, et à côté d'elles des espaces étroits contenant quelques granulations grisâtres et quelques noyaux, vestiges des cellules disparues (Pl. III, fig. 2). Dans les points où la tumeur a subi un certain degré de calcification, les espaces ménagés au milieu de cette trame tendent à prendre une forme arrondie, ils sont de faible diamètre, et peuvent n'être occupés que par un très petit nombre d'éléments cellulaires.

Les points, où les cellules épithéliales sont disposées en réseau au milieu du tissu conjonctif, présentent une disposition très originale et sur laquelle nous devons revenir en quelques mots : que l'on suppose une préparation de tissu fibreux coupé en travers dans laquelle les espaces triangulaires, ménagés entre les faisceaux, au lieu d'être occupés seulement par une cellule plate, seraient occupés par de petites cellules épithéliales tassées les

unes contre les autres, et l'on aura une assez bonne idée de la disposition du tissu pathologique dans les points dont nous parlons. Dans le voisinage de ces points, le réseau cellulaire présente des mailles plus larges et même de longues rangées de cellules qui cheminent probablement dans les lymphatiques; toujours est-il que leur aspect d'ensemble rappelle celui d'un réseau capillaire injecté. Dans les points de la préparation qui contiennent des faisceaux musculaires, on voit également entre les faisceaux des amas de cellules épithéliales plus ou moins régulièrement disposées.

Développement. — Ce qui dans cette tumeur rend l'étude du développement difficile, c'est qu'on ne peut établir d'une façon bien précise le rapport chronologique que les diverses formes de la lésion ont les unes par rapport aux autres; ainsi on peut se demander si la production des masses épithéliales volumineuses a précédé la formation des masses épithéliales en réseau, que nous avons décrites un peu plus haut, ou bien si au contraire ce sont les mailles de ces réseaux qui en se développant ont abouti à la formation des masses épithéliales plus volumineuses. Toutefois, sans pouvoir absolument trancher la question, voici ce qui nous paraît le plus probable : le tissu conjonctif s'est hypertrophié autour des conduits excréteurs, en même temps l'épithélium des culs-de-sac glandulaires s'est modifié et transformé en petites cellules presque embryonnaires. Cela fait, l'épithélium s'est développé dans des conditions différentes suivant la nature et la consistance du tissu de substance conjonctive dans lequel il était contenu; c'est ainsi que dans les points où la substance conjonctive est passée à l'état muqueux, on trouve des masses épithéliales relativement très volumineuses; dans les points au contraire où le tissu fibreux a pris une densité considérable et est devenu cartilaginiforme, les cellules épithéliales étouffées par la compression ont disparu par dégénérescence ou bien se sont réduites à l'état de petites masses dont les éléments fortement soudés ensemble sont emprisonnés étroitement au milieu de la substance conjonctive. (Pl. III, fig. 2). Ajoutons que dans ces

points les éléments cellulaires ont conservé une vitalité très grande, qu'ils se sont développés, qu'ils présentent des noyaux et des nucléoles très volumineux, qu'ils ont en un mot revêtu le caractère des cellules épithéliomateuses les mieux développées. Quant aux points dans lesquels les cellules épithéliales sont disposées sous forme de réseau délicat, nous pensons que cette disposition est due à l'envahissement du néoplasme qui se propage soit à travers les espaces libres du tissu conjonctif soit dans les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes.

Nous avons constaté la présence de quelques vaisseaux volumineux qui paraissent occuper surtout les cloisons conjonctives de la tumeur, mais le tissu néoplasique proprement dit paraît très pauvre en capillaires. Les vaisseaux nous ont paru moins fortement sclérosés que ceux des tumeurs précédemment décrites.

En résumé la tumeur est un épithéliome de la glande parotide dans lequel la substance connective est représentée par du tissu fibreux et du tissu muqueux. Dans cette tumeur comme dans celles qui précèdent il y a eu pour ainsi dire lutte pour la prépondérance entre la partie épithéliale et la partie conjonctive ; et c'est par là que cette tumeur se différencie des épithéliomes vulgaires (Pièce n° 102. Année 1881).

Observation XIV.

Epithéliome à trame élastique de la glande sous-maxillaire.

Le 7 novembre 1884, M. le professeur Heurtaux présentait à la société anatomique une tumeur de la glande sous-maxillaire qu'il avait enlevée à une femme de 35 ans. Grosse comme un très gros œuf, bosselée, très dure, cette tumeur, dont le début remonte à quinze ans confinait du côté de la cavité buccale au plancher de la bouche. La dissection en fut très laborieuse, l'artère linguale put être ménagée, mais on fut obligé de sectionner l'hypoglosse adhérant au néoplasme.

Examen macroscopique. — La tumeur un peu irrégulière, grossièrement pyriforme dépasse un peu le volume d'un gros œuf de poule; sa surface extérieure se présente avec un aspect très inégal, étant adhérente à des restes de tissus voisins dont on ne peut la séparer. A la coupe, le tissu du néoplasme est très ferme, il a une consistance analogue à celle du myome utérin; sa couleur est d'un gris blanchâtre. En examinant la coupe avec attention, on remarque qu'au milieu du tissu fibroïde dense se trouvent un grand nombre de figures arrondies, situées les unes près des autres et donnant au tissu l'aspect granuleux d'une glande; si l'on vient à gratter avec la pointe d'une aiguille une de ces surfaces blanches on en extrait un contenu friable et granuleux, à la place duquel se trouve une petite cavité limitée par une membrane résistante. Vers le milieu de la tumeur, la partie d'aspect glandulaire forme un amas qui se distingue par sa couleur plus grise du reste du tissu. On voit sur la surface des coupes la section d'un certain nombre de vaisseaux volumineux. D'après cet aspect macroscopique on peut déjà supposer que la tumeur se compose de deux parties distinctes: une partie conjonctive très dense et une partie probablement glandulaire formant les petites masses que nous venons d'indiquer.

Examen microscopique. — En examinant au microscope les petits fragments obtenus en grattant les parois de la tumeur qui ont un aspect glandulaire, on voit que ces fragments sont constitués par des cellules épithéliales, très friables, munies d'un assez gros noyau et ayant un protoplasma si peu résistant que les noyaux en liberté dans la préparation en sont presque totalement dépourvus.

En examinant des coupes à un faible grossissement on constate que la tumeur est divisée par d'épaisses cloisons de tissu fibreux très bien développé en un certain nombre de lobes ; chacun de ces lobes est formé par une trame connective au milieu de laquelle se trouvent contenues de nombreuses cavités remplies de cellules épithéliales ou seulement tapissées par ces éléments. L'aspect des coupes varie beaucoup suivant les points : tantôt le tissu

pathologique fait songer à un carcinome ou à un épithéliome tubulé, tantôt à un adénome en grappe. Dans quelques points le tissu épithélial est disposé à peu près comme celui des culs-de-sac glandulaires dilatés que l'on rencontre dans le fibrome mammaire. Les cellules épithéliales formant les masses sus-indiquées présentent comme nous l'avons vu, un gros noyau ovoïde, contenant un nucléole. Ce noyau a environ 9 μ de longueur sur 4 à 6 μ de largeur, il contient un nucléole et de nombreuses granulations, son contour est accusé par une ligne très fine mais parfaitement nette. Le protoplasma se confond intimement avec celui des cellules voisines. Telles quelles ces cellules ressemblent beaucoup à celles de certains cancers de l'utérus. Au milieu des masses épithéliales on rencontre parfois de petits amas de substance colloïde.

Jusqu'à présent les parties que nous avons décrites donnent l'idée d'un épithéliome tubulé ou d'un adénome vulgaire; mais le tissu de cette tumeur présente une particularité très originale et certainement très rare que nous devons signaler maintenant : c'est que presque toutes les masses épithéliales sont enveloppées d'une gaine de substance élastique granuleuse (Pl. III, fig. 1), qui donne aux coupes microscopiques l'aspect le plus singulier. Chacune des masses épithéliales est entourée d'une bordure d'un gris jaunâtre, opaque, granuleuse, ressemblant, en un mot, à cette bordure que l'on observe autour des capsules dans le cartilage réticulé. Vu la variété de forme des amas épithéliaux, certaines parties des coupes ressemblent, quand on les examine à un faible grossissement, à une coupe corticale du rein. Nous avons essayé de vérifier la nature de cette substance jaunâtre qui engaine les masses épithéliales, voici les réactions que nous avons constatées : elle se colore en jaune par l'acide picrique et ne prend nullement le carmin, elle résiste à l'action de l'acide acétique et à l'action de la potasse à 40 0/0, cela joint aux caractères microscopiques que nous avons signalés nous conduit à admettre que c'est bien de la substance élastique qui forme cette gaine si curieuse. Mais cette substance élastique ne se borne pas

à envelopper les amas épithéliaux, elle joue, et c'est en partie là le point le plus important de cette observation, par rapport aux amas épithéliaux, le même rôle que joue dans les tumeurs précédemment décrites le tissu fibreux dense, le tissu muqueux ou le tissu cartilagineux. C'est-à-dire qu'elle comprime ou étouffe les cellules épithéliales, de sorte que dans certains points des préparations on ne trouve plus, au milieu de ces sacs de matière élastique, que des cellules à peu près totalement nécrobiosées ou même réduites à l'état de simples débris. De sorte que, quand la masse épithéliale est considérable, la gaine élastique est nulle ou peu épaisse; quant, au contraire, la gaine élastique épaissit, c'est l'amas cellulaire qui diminue, tend à s'atrophier et à disparaître.

Les cloisons de tissu connectif, qui séparent les uns des autres les lobules épithéliaux, sont à peu près totalement dépourvues de fibres élastiques ; c'est donc seulement autour des parties épithéliales de la tumeur que ce tissu élastique se rencontre, et dans les parties où il est le plus développé les cellules épithéliales ont presque disparu ; de sorte qu'on se trouve en présence de faisceaux de fibres élastiques entre-croisés dans tous les sens, et laissant à peine apercevoir entre eux, quelques fibrilles connectives et quelques cellules rondes ayant perdu tout caractère épithélial et ressemblant plutôt à des cellules embryonnaires. Cette disposition du tissu élastique nous paraît excessivement rare, car nous ne l'avons rencontrée dans aucune autre tumeur. On trouve bien dans le carcinome fibreux de la mamelle des amas de fibres élastiques très considérables, mais jamais elles n'ont la disposition régulière que l'on observe dans notre tumeur.

Dans les cloisons épaisses de tissu conjonctif qui séparent les lobes de la tumeur les uns des autres, on rencontre un petit nombre d'artères assez volumineuses ; le tissu du néoplasme paraît très peu vascularisé ; en quelques points il nous a semblé voir de petites lacunes lymphatiques.

En résumé, cette tumeur est constituée par le passage à l'état épithéliomateux d'un certain nombre de lobules de la glande

sous-maxillaire, par l'hypertrophie et le passage à l'état fibreux du tissu conjonctif de la glande, et par la formation autour des masses épithéliomateuses d'une gaine élastique extrêmement épaisse, qui tend même par places à étouffer complètement les éléments cellulaires. On pourrait donc dénommer cette tumeur épithéliome à trame élastique.

Développement. — Il est fort difficile de dire quel a été exactement le mode de début de cette tumeur; en effet, même dans les points qui nous ont paru le moins avancés dans leur évolution, nous n'avons pu reconnaître ni culs-de-sac ni conduits excréteurs normaux. En tenant compte de l'aspect que nous avons constaté dans ces parties encore jeunes de la tumeur, voici quel est le mode de développement que nous admettons comme le plus probable :

1° Hypertrophie et multiplication des noyaux des cellules glandulaires; 2° dégénérescence graisseuse d'un certain nombre de ces éléments; 3° apparition dans le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac de cellules embryonnaires formant des amas assez étendus; 4° organisation de ce tissu embryonnaire en tissu fibreux; 5° développement autour des masses épithéliales d'une couche de tissu élastique; 6° accroissement des masses épithéliales arrêté bientôt par la résistance de l'enveloppe élastique; 7° étouffement progressif des masses épithéliales par la pression de leur enveloppe élastique et formation de parties presque complètement dépourvues de cellules. Tel est le processus qui, arrivé dans les diverses parties de la tumeur à un degré plus ou moins avancé de son évolution, nous paraît le mieux rendre compte des phénomènes que nous avons observés. (Pièce n° 126, année 1884.)

Observation XV.

Adéno-chondrome de la lèvre supérieure.

Cette tumeur a été enlevée par M. le professeur Heurtaux, le 23 avril 1868, à un homme d'une trentaine d'années qui la

portait depuis trois ans. La tumeur, grosse comme une petite amande, se compose d'une coque fibreuse parfaitement limitée et d'un contenu solide, qui, à la coupe, présente deux substances différentes : l'une bleuâtre, nacrée, ayant l'aspect du cartilage hyalin et disséminée dans toute l'étendue du tissu pathologique sous forme de très petits îlots; l'autre grenue, grise, mate, présentant çà et là de petits trous, forme le reste du tissu.

En examinant des coupes colorées au picrocarmin, on trouve que la substance nacrée est formée, tantôt par un tissu fibreux très dense, tantôt, dans les points où la trame est le plus développée, par du tissu cartilagineux. Ce tissu cartilagineux est du fibro-cartilage dans lequel la trame a encore conservé par places le pouvoir de se colorer par le carmin. On y voit de très nombreuses cellules cartilagineuses contenues dans des capsules parfaitement développées. La paroi de ces capsules atteint même une épaisseur relativement très considérable. Par endroits le cartilage arrive à un état parfait de développement et est alors tout à fait hyalin. Les parties de la tumeur, qui se présentaient sous forme d'une masse grise et grenue et qui, comme nous l'avons dit, forment la plus grande partie du néoplasme, sont constituées par des amas de cellules épithéliales médiocrement volumineuses et se rapprochant pour la plupart du type cylindrique. Ces cellules remplissent des cavités très nombreuses, tantôt si rapprochées les unes des autres qu'on a peine à distinguer leurs limites, tantôt séparées par une étendue plus ou moins considérable de la trame conjonctive, soit fibreuse, soit cartilagineuse. Quoique ces cellules n'aient pas conservé, à proprement parler, le type de l'épithélium salivaire, elles ne présentent, en général, ni une aberration de forme ni un volume très considérable. La tumeur paraît extrêmement pauvre en vaisseaux.

Cette tendance de la trame à se transformer en cartilage établit une relation très intime entre cette tumeur et les tumeurs de la parotide; en raison de la forme assez régulière des cellules il est difficile de décider si nous devons la considérer comme un

épithéliome ou un adénome. Nous croyons que le nom d'adéno-chondrome serait plus convenable pour dénommer cette tumeur. (Pièce n° 16, 1re série.)

Observation XVI.

Adéno-chondrome de la lèvre supérieure.

Voici encore une petite tumeur de la lèvre supérieure, enlevée à une paysanne d'une trentaine d'années, par M. le professeur Albert Malherbe. Cette tumeur mobile, indolente, faisait saillie sous la muqueuse de la lèvre supérieure et fut énucléée avec la plus grande facilité. La petite plaie guérit en quelques jours. La malade n'a pas été revue depuis.

La tumeur est oblongue, grosse comme une amande, légèrement bosselée. A la coupe, tissu blanchâtre, d'apparence sarcomateuse, avec de petits tractus fibreux.

L'*examen microscopique* montre que la tumeur est formée de deux tissus principaux : l'un, fortement coloré en rouge par le carmin, est composé de cellules épithéliales de petit volume, disposées soit en masses pleines analogues à celles de l'épithéliome tubulé, soit en amas creusés à leur centre d'une cavité remplie de matière colloïde jaunâtre; ces parties creuses ressemblent parfois tout à fait à des coupes de conduits excréteurs. Les cellules épithéliales qui forment ces amas sont pour la plupart polyédriques ; sur une préparation faite par dissociation on voit que leur forme est excessivement variable, elles présentent constamment un noyau assez volumineux muni d'un ou deux nucléoles. A ce noyau est attachée une masse protoplasmique granuleuse très variable, soit comme forme, soit comme dimensions. Dans ce protoplasma on observe quelques granulations très réfringentes semblant être de la graisse et quelques grains pigmentaires, fort peu abondants du reste.

La substance conjonctive, qui sépare et soutient ces cellules, se présente sous forme d'une substance jaunâtre parcourue en tous

sens par des fibrilles élastiques et parsemée de nombreuses cellules étoilées. En examinant ce tissu au microscope on peut se demander si l'on est en présence du tissu muqueux ou bien de fibro-cartilage. Il est assez difficile de se prononcer catégoriquement là-dessus; toutefois, dans certains points des préparations on reconnaît parfaitement autour des cellules la présence d'une capsule, ce qui est la caractéristique du cartilage. D'autre part, au milieu de certains amas épithéliaux on rencontre une substance qui paraît être muqueuse, de sorte qu'il y aurait là un mélange de myxome et de chondrome pour former la trame, et un mélange d'adénome ou d'épithéliome pour former la partie épithéliale de la tumeur. La trame du néoplasme contient un certain nombre de vaisseaux d'un volume médiocre et à parois très minces. On y observe aussi quelques fentes qui sont peut-être de nature lymphatique.

En résumé, on pourrait appeler cette tumeur épithélio-chondrome, ou, si l'on préfère tenir compte surtout des parties adénoïdes, adéno-chondrome. Quant au tissu myxémateux, il nous parait être seulement un résultat de dégénérescence. (Pièce n° 51, année 1878.)

CHAPITRE IV.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE.

Dans le précédent chapitre, aux tumeurs de la parotide, nous avons ajouté trois autres néoplasmes ; un de la glande sous-maxillaire et deux de la lèvre supérieure (obs. XIV, XV, XVI), c'est que, d'après les faits que nous avons observés, nous croyons que les lois générales, qui président à l'évolution des tumeurs de la parotide, s'appliquent aussi bien aux tumeurs des glandes salivaires en général.

Outre ces néoplasmes provenant directement du tissu glandulaire, on peut aussi rencontrer au niveau des glandes salivaires et dans la région parotidienne en particulier, d'autres tumeurs qui peuvent provenir, soit de la glande elle-même, soit des tissus voisins.

C'est ainsi que la peau peut présenter, comme nous avons eu occasion de l'observer plusieurs fois, l'épithéliome lobulé ou tubulé, développé soit aux dépens de ses glandes, soit aux dépens de l'épithélium.

Le derme et le tissu conjonctif sous-cutané peuvent sans doute donner naissance à des sarcomes ou à des fibromes. Mais le voisinage de l'élément glandulaire n'est-il pas pour quelque chose dans le développement de ces tumeurs d'origine connective ? C'est ce que nous ne saurions dire d'une manière positive.

Les ganglions lymphatiques sont peut-être aussi le point de départ de certains néoplasmes, et le temps n'est pas encore très éloigné où l'on attribuait une origine ganglionnaire à tous les néoplasmes de la région parotidienne qu'ils envahissent ou non la parotide. Velpeau était très affirmatif dans ce sens ; Dolbeau (1) attribuait leur origine soit aux ganglions, soit au tissu fibreux de la région ; James Paget (2), après avoir reconnu que, très souvent, les tumeurs de la parotide sont formées de tissu fibreux entourant des espaces remplis de noyaux et de cellules, se demande, sans pouvoir résoudre la question, si ces cellules appartiennent à la parotide ou à un ganglion lymphatique voisin.

Enfin la glande elle-même fournit des tumeurs, les plus fréquentes qui s'observent dans la région ; ce sont les seules dont nous voulions nous occuper.

La caractéristique habituelle de ces tumeurs est qu'on y rencontre presque toujours en même temps des parties formées d'épithélium, et d'autres formées par l'un des tissus de la série conjonctive ; aussi a-t-on pu considérer assez justement ces tumeurs comme des tumeurs complexes. Les relations entre l'élément connectif et l'élément épithélial de ces néoplasmes sont d'ailleurs moins simples que dans les productions provenant de la plupart des autres organes.

Classer ces tumeurs, n'est point chose facile, aussi avant d'essayer d'établir une classification rationnelle,

(1) Dolbeau. Loco citato.
(2) James Paget. Loco citato.

appuyée sur des données histologiques précises, devons-nous tout d'abord répondre aux questions suivantes :

1° Y a-t-il dans les glandes salivaires des tumeurs purement connectives ?

2° Y a-t-il dans ces glandes des épithéliomes purs (1), c'est-à-dire des tumeurs épithéliomateuses, dans lesquelles l'élément conjonctif ne joue pas un rôle plus important que dans les épithéliomes de tout autre organe.

Ce sont là des questions qu'il est fort difficile de trancher catégoriquement.

Les faits personnels que nous possédons nous commandent une grande réserve. Toutefois, si à ces faits personnels nous ajoutons ceux recueillis dans les publications périodiques, dans les auteurs qui se sont occupés de la question, et dans les bulletins de la Société anatomique de Paris, nous pouvons dire :

1° Que les chondromes et les myxomes purs sont fort rares.

En effet, un relevé de vingt années des bulletins de la Société anatomique, portant sur un total de 28 observations, ne nous a fourni que 5 cas dans lesquels l'examen

(1) C'est à dessein que nous ne parlons pas spécialement des *carcinomes* qui, pour nous, sont simplement une espèce particulière du genre épithéliome ; nous croyons, en effet, malgré l'autorité d'histologistes éminents, tels que MM. Cornil et Ranvier, qui tiennent encore pour l'origine conjonctive du carcinome, devoir nous rallier à l'opinion de Waldeyer, Lancereaux, Butlin, etc., qui considèrent le carcinome comme ayant toujours une origine épithéliale et plus particulièrement glandulaire.

histologique est venu affirmer l'existence d'un néoplasme de nature purement conjonctive ; de même, dans nos observations qui portent sur des tumeurs recueillies dans un espace de dix années, deux fois seulement nous avons eu affaire à des tumeurs conjonctives pures (obs. III et IV); enfin, dans la thèse d'Aug. Bérard (thèse de concours, 1841), sur les opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne et dans le mémoire de Bauchet, sur les hypertrophies parotidiennes (in Mém. Soc. chir., 1860), qui relate 52 observations, la nature complexe de ces tumeurs a été souvent reconnue, et dans les cas où l'examen microscopique n'a pas été pratiqué, les symptômes : tumeur longtemps stationnaire, indolente, s'accroissant subitement au bout de 6, 8, 10 ans), indiquent bien plutôt une tumeur complexe qu'une tumeur conjonctive pure.

2° Que si nous possédons deux cas de sarcome globocellulaire de la région parotidienne (obs. I et II), nous ne sommes pas absolument certain qu'ils se soient développés dans le tissu glandulaire même. Probablement aussi, le sarcome fasciculé avec îlots de matière mélanique, présenté par M. Leger à la Société anatomique en mars 1875 et dont la marche avait été très rapide (3 mois), avait débuté par les tissus voisins. Il en était de même chez le malade de M. Ch. Remy (Bulletin de la Société anatomique, 1875, p. 814), où la tumeur débutant par un petit nodule gros comme une noisette, situé derrière le lobule de l'oreille, « envahit progressivement et détruisit la parotide », pénétrait jusqu'au rachis réduit à une mince coque, et, accompagnant le nerf facial,

s'enfonçait dans l'hiatus de Fallope. Cependant, dans ces divers faits, comme dans celui qui fait le sujet de l'observation II, il serait téméraire d'affirmer que le voisinage de la glande n'a eu aucune espece d'influence sur le développement de la tumeur.

3° Qu'en ce qui concerne les épithéliomes ou les carcinomes purs, nous n'en possédons aucune observation personnelle. Dans celles qui s'en rapprochent le plus, comme la tumeur rapportée dans l'observation V, le tissu fibreux a presque toujours une importance beaucoup plus grande que dans les épithéliomes vulgaires.

La rareté du carcinome est d'ailleurs un fait bien connu ; le professeur Duplay (1), dans son Traité élémentaire de pathologie externe, n'en trouve que 10 cas bien authentiques. D'après MM. Cornil et Ranvier, le carcinome de la parotide serait excessivement rare. Dans notre relevé des bulletins de la Société anatomique, nous n'en avons pas trouvé un seul cas. Paul Michaux, dans sa thèse inaugurale sur le carcinome parotidien, n'en cite que 14 cas, et encore croyons-nous que certains d'entre eux pourraient être rattachés aux tumeurs mixtes. C'est ainsi que la tumeur qui fait le sujet de son observation V, et qui a été tirée des Bulletins de la Société anat. 1847, nous paraît être de nature mixte, car une tumeur, qui reste stationnaire pendant deux ans et qui tout à coup se met à grossir, qui n'offre pas de généralisation, n'est pas un cancer. De même aussi la tumeur qui fait le sujet de l'observation XIII de Michaux, obser-

(1) Follin et Duplay. Traité de path. externe, t. V, p. 112.

vation empruntée à la thèse de Bérard, est encore probablement de nature complexe, car la femme de 40 ans qui la portait depuis longtemps sans éprouver presque de douleur, sans paralysie, a guéri sans récidive après l'ablation. Enfin, dans l'observation II, où Paul Michaux nous présente une volumineuse tumeur de la région parotidienne offrant tous les signes que l'on rattache aux cancers de la région, il n'est rien moins que certain que la parotide ait été atteinte. Ajoutons que le travail de Michaux, fait à un point de vue bien plutôt clinique que pathologique, ne contient que des descriptions histologiques écourtées, n'est accompagné d'aucune planche et que, par conséquent, si ses diagnostics de cancer sont vrais au point de vue clinique, rien ne prouve qu'il n'ait eu affaire à des sarcomes globo-cellulaires, tels que ceux que nous avons décrits (obs. I et II), tumeurs qui, pour le clinicien, ne sont autre chose qu'une des formes de ce qu'on appelait autrefois cancer encéphaloïde.

4° Que dans toutes nos observations, sauf l'observation IV, où nous avons cru devoir considérer la tumeur comme un myxo-chondrome et l'observation III, qui est un type de myxome; que 23 fois sur 28 cas, dans notre relevé des Bulletins de la Société anatomique, et que dans la plupart des observations de Bauchet et de Bérard, on a eu affaire à des tumeurs mixtes.

Dans ces tumeurs les éléments épithéliaux et les éléments conjonctifs jouent en même temps un rôle d'une grande importance, et le rôle de la trame paraît être à peu près le même, quelle que soit l'espèce de tissu conjonctif qui la forme. Si nous tenons compte de ce fait et

si nous considérons, en outre, avec quelle facilité les tissus dits de substance conjonctive se substituent les uns aux autres dans les tumeurs, nous pourrons peut-être donner, du développement et de la structure de ces néoplasmes des glandes salivaires, une description plus simple et plus facile à comprendre et à retenir que celles qui ont été faites jusqu'ici. En tout cas, il est bon de considérer que la plupart des tumeurs de la parotide contiennent des parties épithéliales susceptibles de se développer et de rendre la tumeur maligne à un moment donné. Peut-être les cas décrits comme cancers de la parotide sont-ils tout simplement des tumeurs où cette évolution épithéliale a été très précoce ; peut-être aussi qu'en revanche, les tumeurs dans lesquelles l'élément épithélial nous a paru complètement étouffé auraient présenté plus tard de nouvelles formations épithéliales si la tumeur avait été abandonnée à elle-même.

Anatomie pathologique. — Ces préliminaires étant posés, abordons l'anatomie pathologique.

Les tumeurs des glandes salivaires en général, et de la parotide en particulier, peuvent acquérir les plus grandes dimensions. Le volume de celles que nous avons pu étudier varie depuis la grosseur d'une amande à celle du poing ; et si ce volume n'est pas dépassé, c'est que le chirurgien est venu interrompre leur accroissement. Il n'est pas très rare de voir dans les hôpitaux des sujets atteints de tumeurs inopérables de la région parotidienne, tumeurs qui peuvent atteindre un volume énorme.

Elles sont le plus souvent enveloppées d'une coque

fibreuse dont l'épaisseur est très variable (obs. IV, VI, VII, XI, XIII, XV) et la présence de cette enveloppe, qui les sépare nettement du reste de la glande, n'est pas, ainsi que l'a démontré Planteau, une raison suffisante pour nier l'origine glandulaire des amas épithéliaux qui y sont contenus et que nous étudierons plus tard. En général arrondies, elles peuvent présenter une forme irrégulière, par l'adjonction de portions adhérentes des tissus voisins (obs. XII et XIV). Leur consistance varie beaucoup ; tantôt très molles (trame muqueuse), elle est d'autres fois très ferme, leur tissu crie sous le rasoir et contient même parfois des grains calcifiés.

A la coupe l'aspect de la tumeur n'est pas homogène (sauf dans les obs. VI et VII); le plus souvent elle est divisée en nodules de volume variable, par des cloisons conjonctives se présentant sur la coupe sous forme de travées plus ou moins épaisses, dans lesquelles rampent les vaisseaux.

L'apparence de ces diverses parties est elle-même assez différente : les unes ont l'aspect et la consistance du cartilage, comme dans les observations V, VIII, IX, X, XII, XIV, XV, quelquefois même on y trouve des grains ossifiés (obs. VIII); les autres plus grises, d'une couleur plus mate et d'une consistance plus molle, sont formées par des amas épithéliaux ; d'autres fois, la délimitation en nodules est moins distincte, le tissu est terne, gris, friable par places, ailleurs nacré, transparent, ayant tout à fait l'aspect du cartilage (obs. IV et XIII) ; enfin nous voyons dans l'observation XI le tissu cartilaginiforme occuper le centre de la tumeur sous

forme d'un assez gros noyau autour duquel le reste du tissu, grisâtre, de consistance assez ferme et assez homogène, serait disposé à la manière d'une substance corticale. Le tissu fibreux partout où on le rencontre est presque toujours excessivement dense et donne à l'œil nu et à la coupe la sensation de tissu cartilagineux.

La coupe n'est pas toujours lisse et unie, parfois elle présente des espèces de petites cavités kystiques (obs. XIII), d'autres fois un certain nombre de petites fissures (obs. XII); ces petites cavités kystiques sont probablement formées par la dégénérescence granuleuse des cellules, éliminées sous forme de bouillie grisâtre, d'aspect encéphaloïde ramolli. Enfin dans l'observation XIV, nous voyons les masses épithéliales s'énucléer facilement de leur gaine, présenter alors l'aspect friable et granuleux, et à leur place se trouve une petite cavité limitée par une membrane résistante.

Description microscopique. — A. *Masses épithéliales.* — Elles peuvent être plus ou moins volumineuses, affectent les formes les plus diverses et ces formes varient non seulement pour des tumeurs différentes, mais aussi pour une même tumeur. Tantôt disposées sous formes de tubes pleins ou creux, bourrés d'épithélium, elles envoient des prolongements dans le tissu conjonctif ambiant (Pl. I, fig. 4 et 5, obs. VIII) ce qui les a fait comparer à des massues, à des bissacs, des cylindres etc. (Planteau); elles nous semblent analogues aux amas cellulaires de l'épithéliome tubulé. D'autres fois, elles limitent une cavité centrale, de diamètre variable, et forment à

cette cavité un revêtement complet (obs. XI), ce qui leur donne une certaine ressemblance avec la coupe optique d'un cul-de-sac ou d'un conduit excréteur dilatés. La cavité qu'elles entourent est alors remplie d'une substance muqueuse (obs. V et IX) ou d'une substance granuleuse, jaunâtre ou grisâtre (obs. XI et XV) grossièrement assimilables à un produit de sécrétion.

La forme adénoïde nous a paru dans ces cas, surtout dans les observations XI et XV, assez marquée pour que nous ayons cru devoir en faire un adénome, malgré la modification assez notable, survenue dans le type des cellules. En effet, entre l'adénome type, au sens où l'entendent MM. Cornil et Ranvier, c'est-à-dire entre la tumeur consistant dans une néoformation du tissu glandulaire normal, comme les polypes du rectum par exemple, et les productions épithéliomateuses proprement dites, il existe des tumeurs de transition dans lesquelles l'épithélium, tout en ayant perdu le type des cellules normales dont il dérive, a conservé cependant une disposition glandulaire si nette qu'il est difficile de ne pas faire rentrer ces néoplasmes dans le genre adénome.

Enfin les masses épithéliales peuvent être disposées sous forme de réseau cellulaire, occupant en totalité les interstices du tissu conjonctif (obs. XIII), ou semblant entourer des amas de matière transparente, ce qui donnait à la tumeur qui fait le sujet de l'observation VII (pl. III, fig. 3), l'aspect d'un corps tyroïde kystique.

Ces amas cellulaires, quelle que soit la nature de la substance fondamentale, ne présentent pas de membrane

limitante, ils sont en contact avec le tissu ambiant, sauf dans l'observation XIV, où l'on reconnaissait bien nettement la présence d'une gaine élastique (pl. III, fig. 1).

Les amas épithéliaux peuvent être très nombreux et très volumineux, occuper la presque totalité de la tumeur, et ne laisser place qu'à d'étroites cloisons de nature conjonctive (obs. V et VI), ou bien, au contraire, ils sont de faible volume et disséminés çà et là au milieu de la trame conjonctive, plus abondante que l'élément épithélial du néoplasme.

Les cellules, qui forment ces amas, sont en général volumineuses, tassées les unes contre les autres, au point de laisser deviner plutôt que délimiter leurs contours; elles possèdent un noyau volumineux pouvant mesurer 10 à 12 μ (pl. I, fig. 2.), muni d'un ou plusieurs nucléoles et de nombreuses granulations fines et très réfringentes. Le noyau est entouré d'un protoplasme délicat, assez abondant et de forme très variable; d'autres fois au contraire, les cellules peuvent être beaucoup plus petites, comme dans l'observation VI; enfin quelquefois, ces amas épithéliaux semblent être constitués par des cellules nettement cylindriques, comme les observations V, VI, XI, XV en fournissent des exemples; dans ces cas elles sont probablement les restes des conduits excréteurs, elles ont en effet fréquemment les mêmes dimensions que les cellules normales de ces conduits, mais leur striation longitudinale a disparu.

Les amas épithéliaux, que forment par leur réunion ces cellules, sont quelquefois dégénérés au centre (pl. II fig. 3). Dans ces cas, ils contiennent soit de la substance

muqueuse ou colloïde (obs. V, X, XII), soit des cellules aplaties dont la disposition imite un peu celle d'un globe épidermique (obs. XI). La dégénérescence peut être même plus étendue, occuper des amas entiers et donner à toute une zone l'aspect granulo-protéique, comme l'observation VIII nous en offre un bel exemple (pl. I, fig. 1).

Enfin, dans certaines parties des tumeurs, les amas épithéliaux peuvent être, soit dissociés par du tissu muqueux (pl. II, fig. 1 et 2) ou cartilagineux, soit étouffés par un tissu fibreux excessivement dense (pl. III, fig. 2). C'est ce que nous allons voir en étudiant la trame de ces néoplasmes.

B. *Trame.* — Comme nous l'avons dit au début de ce travail, la trame conjonctive des tumeurs des glandes salivaires paraît jouer, dans l'évolution de ces néoplasmes, un rôle plus important que dans la plupart des autres productions de nature épithéliale. Nous devons donc étudier cette trame de substance fondamentale d'abord en elle-même, puis dans ses relations avec les amas épithéliaux.

Cette substance fondamentale est uniquement constituée par de la substance conjonctive, mais tous les tissus de la série, c'est-à-dire le tissu fibreux, le tissu muqueux, le tissu cartilagineux, le tissu osseux et même le tissu élastique, peuvent s'y substituer les uns aux autres.

Elle affecte deux aspects bien différents, selon qu'on la considère au voisinage des masses épithéliales ou au sein des noyaux isolés qu'elle peut former.

1° Au niveau des masses épithéliales, elle forme des

cloisons fibreuses plus ou moins épaisses limitant des espaces remplis par les amas épithéliaux que nous venons de décrire (obs. V, VII, X, XI, XII, XIII, XV). Ces cloisons conjonctives peuvent se transformer en tissu muqueux (obs. VI, IX, X), on remarque alors qu'après avoir entouré les amas épithéliaux, la substance muqueuse pénètre dans leur intérieur, les dissocie pour ainsi dire et tend à se substituer aux cellules qui les composaient (pl. II, fig. 1 et 2). Enfin on peut remarquer par places la tendance à la transformation cartilagineuse des cloisons conjonctives (obs. X, XIII, XV, XVI).

Dans l'observation VIII, la trame conjonctive avait un aspect alvéolaire très net (pl. I, fig. 3) et ressemblait tout à fait à la trame fibreuse d'un carcinome du sein de consistance moyenne.

Dans l'observation XIV, les cloisons de la tumeur sont bien encore du tissu fibreux, mais entre les faisceaux de ce tissu et les amas épithéliaux, on voit apparaître une bande de tissu élastique, d'abord très mince, qui peu à peu s'épaissit, de manière que la masse épithéliale est contenue dans une sorte de fourreau élastique (pl.III,fig.1).Cette gaine élastique s'épaississant de plus en plus,arrive dans certains points des préparations à étouffer les cellules épithéliales, et alors on ne trouve plus qu'une sorte de feutrage de tissu élastique dans les mailles duquel sont contenus des débris cellulaires,quelques noyaux et par places des amas embryonnaires assez étendus. La gaine élastique que nous venons de décrire existe dans presque tous les points de la tumeur. Il y a

cependant quelques masses épithéliales qui en sont dépourvues.

2° C'est dans les nodules isolés que la trame connective de la tumeur présente ses métamorphoses les mieux marquées et les plus intéressantes. On peut y trouver :

a. Un tissu fibreux très dense, cartilaginiforme pour ainsi dire, analogue au tissu du fibrome lamelleux, si homogène que les faisceaux volumineux qui le composent sont presque soudés entre eux et ne laissent plus pour loger les cellules fixes du tissu que des fentes allongées très etroites (obs. VIII). Lorsque cette condensation du tissu conjonctif a étouffé les cellules épithéliales, celles-ci sont atrophiées, dégénérées et finissent par ne plus former que des amas de granulations graisseuses qui donnent alors aux préparations l'aspect de ce que décrit Billroth sous le nom de cicatrice cancéreuse (obs. V).

b. Les nodules de la trame peuvent être formés en tout ou en partie de tissu cartilagineux, qui procède alors du tissu conjonctif préexistant ; mais dans ce cas le tissu conjonctif destiné à se transformer en cartilage est fibrillaire, assez peu dense, prend mal le carmin et ressemble parfois tellement à du myxome que le diagnostic est assez difficile à faire. Dans certains cas, ce cartilage arrive à former des nodules parfaitement développés, dont le tissu se rapproche d'autant plus de celui du cartilage hyalin qu'on l'examine plus près du centre des nodules ; partout ailleurs c'est du fibro-cartilage, parfois assez riche en fibres élastiques. Lorsque ce cartilage est

peu avancé dans son évolution, on peut le confondre avec du myxome; la consistance du tissu examiné à l'état frais, et la présence de capsules cartilagineuses permettent de trancher la question. Ces capsules, d'abord très délicates et parfois presque invisibles, peuvent, dans certains points, acquérir une épaisseur considérable et se montrer autour des éléments cellulaires comme une bande très réfringente tranchant sur le reste du tissu. Parfois les nodules cartilagineux semblent se développer au milieu des cellules épithéliales qui se dissocient, s'écartent les unes des autres, et qui même nous ont paru, par places, se transformer directement en cellules cartilagineuses. C'est là un fait rare et curieux sur lequel nous reviendrons en étudiant le développement des tumeurs des glandes salivaires.

c. Les nodules de la trame peuvent encore être formés de myxome pur parfaitement constitué (obs. VI, IX, X, XV); on y remarque presque toujours de fines fibrilles élastiques servant de soutien à la masse myxomateuse. Ce tissu muqueux, de même que les nodules cartilagineux décrits précédemment, nous paraît se former aux dépens de fibrilles connectives jaunâtres, non colorables par le carmin, qui subissent peu à peu la dégénérescence muqueuse. Par rapport aux amas cellulaires, ce tissu muqueux se conduit également comme le cartilage; on le voit pénétrer au milieu des masses épithéliales, les dissocier ou bien y former des cavités plus ou moins grandes.

d. Enfin le tissu osseux peut, comme le démontre l'observation VIII, se rencontrer sous forme de grains

plus ou moins volumineux, en rapport avec le tissu conjonctif condensé duquel il dérive probablement.

C. — *Parties accessoires de la tumeur.* — Les parties accessoires de la tumeur sont des vaisssaux sanguins et lymphatiques et des filets nerveux.

Les artères ne jouent qu'un rôle très secondaire dans la structure de ces tumeurs, toujours excessivement sclérosées, au point de laisser à peine apercevoir leur lumière centrale, elles sont situées dans les cloisons conjonctives de la tumeur. En général peu nombreuses (obs. V, VIII, IX), on les voit faire presque absolument défaut dans les observations VI et X. Enfin quelquefois elles nous ont paru assez bien conservées (obs. VIII).

Les capillaires n'offrent rien de particulier à noter; dans l'observation XII ils existaient en plus grand nombre que dans nos autres tumeurs.

Les veines, peu nombreuses, nous ont paru indemnes.

Les lymphatiques, toujours plus ou moins abondants, semblent offrir une voie tout ouverte à l'envahissement des masses épithéliomateuses, cela est très évident, surtout dans l'observation XIII.

Les filets nerveux occupent les cloisons conjonctives; ils sont, en général, sains et n'ont subi aucun envahissement.

En résumé, dans toutes les tumeurs que nous avons étudiées, sauf les observations I et II où il s'agit de sarcomes à cellules rondes dont l'origine intra-glandulaire ne saurait être établie avec certitude, et les observations III et IV dont nous avons cru devoir faire un myxome pur et un myxo-chondrome, dans toutes, nous

trouvons en présence des masses épithéliales absolument évidentes d'une part, et d'autre part une trame de substance conjonctive qui peut être fibreuse, muqueuse, cartilagineuse, osseuse ou élastique, ou bien contenir de ces tissus combinés dans diverses proportions :

1° Le tissu fibreux se rencontre seul dans l'observation V. Il est associé avec un seul tissu dans les observations suivantes, savoir :

Avec le tissu muqueux dans les observations VI, VII, IX, X, XII, XIII.

Avec le tissu élastique dans l'observation XIV.

Avec le tissu cartilagineux dans l'observation XV.

Avec le tissu osseux dans l'observation VIII.

Il est associé avec deux tissus réunis dans les observations suivantes, savoir :

Avec les tissus muqueux et cartilagineux dans les observations IX et XVI.

Avec les tissus muqueux et élastique dans l'observation XII.

2° Le tissu muqueux se trouve associé avec le tissu fibreux seul, ou bien à la fois avec les tissus fibreux et cartilagineux (obs. IX), fibreux et élastique (obs. XII).

3° Le tissu cartilagineux ne se trouve que dans les observations IX, XV, XVI, associé dans la première et la dernière avec les tissus fibreux et muqueux, dans la seconde avec le tissu fibreux seulement.

4° Le tissu osseux ne se trouve que dans l'observation VIII où il n'est associé qu'à du tissu fibreux ; jamais nous n'avons trouvé dans la même tumeur en même temps de l'os et du cartilage.

A cette occasion, nous pouvons ajouter une remarque générale : c'est que dans les néoplasmes qui ne procèdent pas de l'os ou du périoste, les points osseux de nouvelle formation que l'on peut rencontrer se forment directement aux dépens du tissu fibreux et ne sont pas précédés par une formation de cartilage. De même il nous est arrivé très exceptionnellement d'observer en même temps de l'os et du cartilage dans les tumeurs ne provenant pas du squelette.

5° Le tissu élastique joue un rôle très important dans l'observation XIV où il est combiné seulement avec du tissu fibreux; beaucoup moins important dans l'observation XII, où combiné à la fois avec les tissus fibreux et muqueux, il sert de charpente à la partie myxomateuse.

Dans toutes ces tumeurs, le rôle de la substance conjonctive par rapport aux masses épithéliales nous a paru notablement différent de ce qu'il est dans les tumeurs épithéliales des autres organes.

Pour apprécier convenablement ce rôle, nous devons commencer par exposer les résultats de nos observations sur le mode d'origine et d'accroissement des tumeurs des glandes salivaires.

Développement. — Nous n'entreprendrons point de donner une formule générale s'appliquant à la formation des diverses tumeurs de la parotide, ni même de donner les lois du développement de chaque espèce de tumeur en particulier. C'est là une synthèse qui ne saurait être faite que plus tard en se basant sur l'étude d'un très grand nombre de cas. Et même, pour être sûr de ce que l'on avance, il faudrait avoir l'heureuse fortune de pou-

voir examiner un certain nombre de tumeurs au moment de leur début, ou tout au moins très peu avancées dans leur développement. Cela est d'autant plus difficile que la plupart du temps les malades ne se décident à avoir recours au chirurgien que quand la tumeur est assez ancienne.

Après quelques réflexions générales, nous nous bornerons donc à dire ce que nous avons pu observer et, ce faisant, nous ne nous dissimulons pas qu'on pourra toujours nous faire l'objection suivante : c'est que nous avons eu sous les yeux, non pas un processus de formation primitive, mais un processus d'envahissement, or, ce sont là deux choses bien différentes. La confusion entre ces deux processus peut amener les observateurs à des conclusions tout opposées. C'est ainsi que l'envahissement du carcinome se fait au sein du tissu connectif, tandis que sa formation première se fait, croyons-nous avec Lancereaux, Waldeyer, etc., au sein des culs-de-sac glandulaires.

Si donc on vient à confondre le mode d'envahissement avec le mode de début du néoplasme, on peut se trouver conduit à représenter le carcinome comme une tumeur de la série conjonctive, tandis que c'est une tumeur de la série épithéliale.

A priori, en nous fondant sur les lois générales qui président au développement des tumeurs, et en appliquant aux néoplasmes de la parotide ce que nous savons de ces lois, nous pouvons admettre que les tumeurs de la série connective, les sarcomes par exemple, qui se développent dans la région parotidienne, naissent aux dé-

pens, soit de l'enveloppe de la glande, soit des cloisons fibreuses qui la pénètrent, tandis que les tumeurs franchement épithéliomateuses et à marche rapide, décrites sous le nom de cancer de la parotide se développent aux dépens de l'épithélium des culs-de-sac ou des conduits excréteurs.

Mais que doit-on penser du lieu d'origine des tumeurs qui, comme la plupart de celles que nous venons de décrire, renferment diverses espèces de tissus de la série connective en même temps que des masses épithéliales et dans lesquelles, ces tissus de substance connective jouent un rôle d'une véritable importance et existent dans une proportion telle qu'on a pu être conduit à négliger la partie épithéliale et à dénommer la tumeur chondrome ou myxome, suivant l'espèce de tissu conjonctif que l'on y rencontrait?

Nous étions tout d'abord porté à croire que, dans ces néoplasmes qui se conduisent longtemps comme des tumeurs bénignes, la partie connective était la première à se développer et que longtemps après survenait le processus épithéliomateux; or, l'examen de ces tumeurs n'a pas été favorable à cette hypothèse, et, dans celles où nous avons pu observer des phénomènes de développement, c'est toujours la partie épithéliale de la glande, c'est-à-dire les cellules, soit des culs-de-sac, soit des conduits excréteurs, qui nous a paru frappée la première. Il est bien entendu que, comme nous l'avons déjà dit, nous croyons devoir faire des réserves, puisque nous n'avons pu assister qu'à des phénomènes d'*accroissement* et que

ces phénomènes peuvent être différents de ceux de *développement ou de genèse.*

Dans les tumeurs qui font le sujet des observations I, II, III, VI, VII, IX, XV, XVI, nous n'avons pu saisir aucun phénomène de développement; nulle partie de la glande n'était reconnaissable, et par conséquent il était impossible de suivre les phases par lesquelles devait passer un lobule glandulaire pour se transformer en un lobule du néoplasme.

Il n'en est pas de même des observations IV, V, VIII, X, XI, XII, XIII, XIV, dans lesquelles nous avons pu observer les phénomènes suivants : au début, les culs-de-sac et les conduits excréteurs paraissent notablement dilatés par une abondante production de cellules dans leur intérieur; la membrane propre du cul-de-sac est encore conservée, mais on constate une disparition plus ou moins complète des cellules adipeuses, qui séparent normalement les acini glandulaires. Puis, on voit sous l'influence de cette irritation les cloisons connectives augmenter de volume, et s'infiltrer de cellules embryonnaires; en même temps les cellules épithéliales deviennent métatypiques, elles cessent d'être granuleuses, leur noyau se gonfle, devient de plus en plus apte à se colorer par le carmin, elles prennent alors l'aspect épithéliomateux le plus net. Les cellules des conduits excréteurs augmentent considérablement de volume et perdent leur striation. La membrane propre des culs-de-sac aussi bien que des conduits excréteurs a complètement disparu, mais en revanche les cloisons fibreuses ont pris une épaisseur considérable et tendent, par places et sui-

vant les tumeurs, à se transformer en tissu muqueux, cartilagineux, osseux ou élastique. Et alors, de deux choses l'une; ou bien les tissus de la série conjonctive s'accroissent et étouffent les masses épithéliales, la tumeur restant bénigne pour un temps dont la durée ne peut être limitée; ou bien les masses épithéliales reprendront le dessus, et leur victoire définitive et plus ou moins complète deviendra la cause de la gravité plus ou moins grande du néoplasme.

En somme, partout où nous avons pu rencontrer des lobules glandulaires à peu près sains et bien reconnaissables, nous avons vu l'élément épithélial être attaqué le premier, et cela parfois de la manière la plus manifeste (obs. XII). Ce n'est que plus tard que nous avons vu le tissu conjonctif interacineux se laisser infiltrer de cellules embryonnaires.

A partir de ce moment, voici qu'elles nous ont semblé être les phases suivies par le développement de nos tumeurs, quelle que fût l'espèce de tissu conjonctif qu'on y rencontrait :

1° Développement parallèle de masses épithéliomateuses ressemblant tantôt à celles du carcinome, tantôt à celles de l'épithéliome tubulé, tantôt à de l'adénome, d'une part; d'autre part, formation de travées connectives se présentant sous forme, soit d'un tissu jaunâtre destiné à devenir muqueux ou colloïde, soit de tissu fibreux proprement dit, pouvant contenir des points osseux, soit de cartilage (1), soit même de tissu élastiques

(1) Dans quelques-unes de nos préparations, en observant la

2° Accroissement progressif de certains amas épithéliaux, tandis que certains autres sont étouffés par la production abondante de tissu fibreux, ou dissociés et plus ou moins complètement détruits par la pénétration au milieu d'eux de tissu muqueux ou cartilagineux.

3° Stade de prépondérance, soit du tissu de substance conjonctive, soit des masses épithéliales. Nos observations III et IV pourraient être considérées comme un exemple de la victoire définitive du tissu conjonctif qui a étouffé l'épithélium et n'en a laissé que des traces douteuses. Mais le plus souvent, c'est la production épithéliale qui finirait par prédominer, et c'est à ce moment que les tumeurs prendraient une marche maligne.

Malgré le petit nombre de faits que nous avons pu examiner personnellement et les réserves que nous avons dû faire sur la valeur de nos recherches, surtout en ce qui concerne le développement des tumeurs des glandes salivaires, nous croyons être arrivé à une conception de ces néoplasmes plus simple et plus claire que celle des auteurs qui nous ont précédé. En tenant compte de l'équivalence au point de vue anatomo-pathologique des divers tissus de substance conjonctive, nous pouvons dire que les tumeurs dites *mixtes ou complexes* des glandes salivaires sont des néoplasmes confinant au genre adénome ou au genre épithéliome et aboutissant,

dissociation des masses épithéliales par le cartilage, il nous a semblé voir des cellules épithéliales s'écarter les unes des autres et passer peu à peu à l'état cartilagineux. Ce processus, qui en tout cas est très rare, aurait du reste besoin d'être vérifié en multipliant les recherches.

en somme, le plus souvent, à un état épithéliomateux bien défini. Mais ce qui les différencie de l'épithéliome vulgaire, c'est que leur trame de substance conjonctive, au lieu d'être un élément tout à fait accessoire, joue un rôle des plus importants et peut même, peut-être, arriver dans certains cas, à étouffer complètement la partie épithéliale de la tumeur. En tout cas, et quel que soit l'élément qui l'emporte, il y a une sorte de lutte entre ces deux parties. C'est là un fait qui n'est pas sans analogue, puisque le carcinome fibreux atrophique nous présente un processus tout à fait comparable; d'ailleurs, nous citerons plus loin quelques exemples de tumeurs provenant d'autres organes où l'on peut observer le même processus.

Quel nom donner à ces néoplasmes des glandes salivaires? On peut sans doute continuer à les comprendre en général sous la dénomination de tumeurs mixtes ou complexes; mais quand on veut désigner l'une d'elles spécialement, il convient de leur donner un nom rappelant les principales parties qui les composent comme adéno-chondrome, myxo-épithéliome, etc.

Diagnostic anatomique. — Etant donnée une tumeur de la région parotidienne, s'agit-il d'une tumeur de la glande ou d'une tumeur des tissus voisins? s'agit-il d'une tumeur mixte, et dans ce dernier cas de quelle variété de tumeur s'agit-il? Telles sont les questions que nous devons chercher à résoudre dans ce paragraphe.

La première question, s'agit-il d'une tumeur née dans le tissu glandulaire ou dans les tissus voisins, peut être

assez facilement résolue si la tumeur a été enlevée de bonne heure. Mais si au contraire la tumeur est très volumineuse, si elle englobe au moment de l'opération une partie de la glande, on peut se trouver fort embarrassé.

Les tumeurs ulcérées de la région peuvent être principalement l'épithéliome lobulé ou tubulé de la peau. Ce diagnostic est facile en général ; l'épithéliome lobulé contient de magnifiques globes épidermiques et l'on peut souvent, dans ses parties périphériques, reconnaître des glandes sébacées en train d'être envahies par la néoplasie.

L'épithéliome tubulé forme en général une ulcération en cupule (ulcus rodens) et ne s'étend pas très profondément.

Quant aux tumeurs connectives telles que les sarcomes, il est fort difficile de dire si leur point de départ est le tissu conjonctif de la glande ou le tissu voisin ; mais en tout cas, il est facile de les distinguer des tumeurs mixtes ; s'il s'agit d'un sarcome, l'homogénéité du tissu, la structure presque purement cellulaire permettent d'établir aisément le diagnostic. Le lipome n'a aucune chance d'être confondu avec une tumeur mixte, et ses caractères sont trop nets pour que nous insistions davantage.

Quant aux myxomes et aux fibromes, le diagnostic. est basé tant sur l'examen macroscopique que sur l'examen microscopique. Il peut être difficile, lorsqu'ils sont en dehors de la masse glandulaire principale, de dire s'ils se sont développés aux dépens des cloisons ou de

l'enveloppe d'un lobule glandulaire aberrant ou s'ils proviennent du tissu conjonctif voisin ; mais cela est peu important. Pour les distinguer d'une tumeur mixte, on devra tenir compte de leur aspect homogène, de leur consistance partout égale, et, s'il y a dans les tumeurs des parties qui présentent à l'œil nu un aspect différent, il convient de pratiquer des coupes sur ces diverses parties et de les examiner au microscope. En cas de tumeur conjonctive simple, on ne trouvera qu'un seul tissu, fibreux ou muqueux, mais on ne verra pas trace d'amas épithéliaux.

En cas de chondrome (tumeur qui est probablement toujours d'origine glandulaire dans cette région), il faut spécialement s'attacher à cette recherche des masses épithéliales; car il est clair qu'un chondrome pur aurait un pronostic plus favorable qu'une tumeur mixte. On peut quelquefois (obs. IV) trouver associés deux tissus de substance conjonctive dans des tumeurs qui ne contiennent aucune masse épithéliale. Nous avons étudié dans l'observation citée plus haut un cas de myxo-chondrome, et il nous a paru qu'il n'y avait pas de masses épithéliales dans la tumeur.

Supposons maintenant que nous ayons constaté la présence à la fois du tissu épithélial et d'un ou plusieurs tissus de substance connective ; quelles recherches faut-il faire pour déterminer si c'est réellement une tumeur mixte ou bien un épithéliome vulgaire, et ensuite quelle est la variété de tumeur mixte que l'on a sous les yeux ?

Dans les cas d'épithéliome vulgaire ou de carcinome,

la partie conjonctive serait peu importante et recontrerait *partout* dans les cas de carcinome une trame alvéolaire bien nette. Du reste, ces signes que nous indiquons sont purement rationnels, puisqu'il ne nous a pas été donné d'étudier par nous-même le carcinome des glandes salivaires et que les auteurs que nous avons pu consulter sont muets sur la structure histologique de ces tumeurs.

Dans le cas de tumeurs mixtes on doit d'abord se demander si les masses épithéliales malades se rapportent au type adénome ou au type épithéliome.

La forme régulière, le volume moyen des cellules, leur disposition en revêtement régulier analogue à celui d'un conduit excréteur, la présence au milieu des amas épithéliaux d'une substance colloïde simulant un produit de sécrétion, la délimitation parfaite des masses épithéliales et l'absence d'infiltration du néoplasme dans les mailles du tissu conjonctif ; tels sont les caractères de l'adénome.

Les caractères opposés : le polymorphisme des cellules, leur volume, leur irrégularité, leur diffusion, etc., feront pencher en faveur de l'épithéliome et le plus souvent de la variété épithéliome tubulé.

Le caractère adénomateux ou épithéliomateux des masses épithéliales étant établi, ce qui est loin d'être facile, toute forme de transition pouvant s'observer, il reste à déterminer le caractère de la substance conjonctive.

Pour cela l'examen à l'état frais et à l'œil nu est utile et doit être fait avec soin :

S'il y a des parties bleuâtres, translucides, il faut noter leur consistance ; car une consistance ferme permet d'éliminer le tissu muqueux, et le microscope permettra aisément de distinguer entre du vrai cartilage et un tissu fibreux cartilaginiforme. S'il y a des grains calcifiés, le microscope permettra également d'établir après décalcification à l'acide picrique s'il s'agit d'os vrai ou non.

Dans le cas où les parties bleuâtres et translucides seraient molles, il peut s'agir soit de tissu muqueux, soit de tissu cartilagineux ramolli très jeune, soit de parties en dégénérescence muqueuse. Il est parfois fort difficile de distinguer le tissu muqueux d'un tissu cartilagineux mou. C'est à la présence des capsules que l'on doit de pouvoir faire ce diagnostic ; du reste, il y a souvent un mélange des deux tissus et en outre leur parenté est bien connue. Quelquefois autour des capsules on observe un pointillé grisâtre ou jaunâtre comme dans le cartilage réticulé.

Chacun des tissus connectifs étant reconnu comme nous l'avons dit, il faut voir s'il n'y en a pas plusieurs réunis dans le même néoplasme et examiner pour cela toutes les parties de consistance ou d'aspect différents.

Enfin, on rencontre parfois un tissu fibroïde jaunâtre qui est de la substance connective destinée soit à subir une transformation muqueuse, soit à se changer en tissu élastique. Cette dernière variété de tissu, si remarquablement abondante dans la tumeur qui fait le sujet de notre observation XIV, se reconnaît par l'ac-

tion de l'acide acétique ou par celle de la potasse à 40 °/₀, qui dissout tous les autres tissus et ne laisse que le squelette élastique.

Après avoir procédé à toutes ces opérations, si l'examen a donné des résultats concluants, la tumeur peut être classée et dénommée. Pour cela on prend l'un des tissus comme radical et l'autre comme qualificatif, et alors on a un adéno-chondrome, un myxo-épithéliome, etc. Si l'on veut éviter un nom trop long dans les tumeurs très complexes, on prend parmi les tissus de substance conjonctive celui qui est prédominant pour le faire entrer dans le nom de la tumeur; si non, on peut dire myxo-chondro-épithéliome, etc. Dans le cas où on veut signaler la présence du tissu élastique, on se borne à dire épithéliome ou adénome à trame élastique, etc. Ces quelques exemples suffisent pour montrer comment on peut indiquer par le nom qu'on leur donne la structure exacte de ces tumeurs.

CHAPITRE V.

PARALLÈLE ENTRE LES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRE ET CELLES DE QUELQUES AUTRES GLANDES.

Nous avons recherché si parmi les tumeurs de glandes, autres que les glandes salivaires, on ne rencontrait pas des formes analogues à celles que nous venons d'étudier.

En puisant dans la collection des tumeurs rassemblées au laboratoire d'Histologie de l'Ecole de médecine de Nantes, nous avons vu quelques cas que l'on pourrait peut-être mettre en parallèle avec les tumeurs de la parotide.

Nos recherches se sont portées sur les tumeurs du testicule, de la mamelle et des glandes sébacées.

On rencontre quelquefois dans le testicule des tumeurs contenant du cartilage et nous nous demandions si dans ces tumeurs on ne pourrait pas trouver des parties épithéliales, comme dans nos tumeurs des glandes salivaires.

Malheureusement nous n'avons pas trouvé de spécimens de ces tumeurs cartilagineuses du testicule; nous avons bien pu observer deux tumeurs kystiques complexes de cet organe, mais c'étaient probablement des néoplasmes d'origine congénitale et n'ayant aucun rapport avec nos tumeurs des glandes salivaires. Une

telle variété de tumeur existe cependant ; en effet, Gosselin et Ch. Walter, dans leur article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, mentionnent que, dans le carcinome encéphaloïde, de beaucoup le plus fréquent dans le testicule, on peut rencontrer « du « tissu fibreux très dense, des formations cartilagineuses « plus ou moins étendues et quelquefois même du tissu « osseux véritable ». Kocher a trouvé sept fois du tissu cartilagineux sur trente-sept cas de carcinome du testicule qu'il a été à même d'examiner.

Dans la mamelle nous avons pu observer seulement une tumeur (pièce nº 42 de l'année 1879) dans laquelle le processus nous ait paru comparable à celui qu'on observe dans les tumeurs parotidiennes, et encore y a-t-il des différences assez notables.

Dans cette tumeur qui contenait des parties dures et d'autres portions complètement colloïdes, les amas épithéliaux se présentent sur les coupes, comme percés à jour d'une innombrable quantité de trous ronds remplis de matière colloïde. Dans les points où la transformation colloïde est le plus avancée, il ne reste plus autour des masses dégénérées qu'une seule couche de cellules épithéliales et le tissu dans son ensemble ressemble beaucoup à une coupe de corps thyroïde kystique. La formation de ces cavités remplies de matière colloïde n'est pas facile à expliquer : on peut se demander s'il s'agit là d'une dégénérescence des cellules épithéliales ou des faisceaux de la trame. Ces faisceaux en effet, bien que très denses par places, ne se colorent pas par le carmin et paraissent en voie de dégénéres-

cence muqueuse ; il pourrait donc se faire que les faisceaux gonflés aient étouffé partiellement l'épithélium et que leur coupe en travers donne lieu à l'apparence d'une cavité bordée de cellules épithéliales. Dans certains points de préparations, le tissu conjonctif a pris une prédominance notable et il forme des travées épaisses, au milieu desquelles les cellules épithéliales sont presque complètement étouffées. Cette tumeur présente en raison de cette complexité dans les rapports de la substance conjonctive et de l'épithélium une certaine analogie avec les tumeurs des glandes salivaires.

Dans les tumeurs provenant des glandes sébacées nous avons trouvé quelques faits qui au point de vue histologique, et uniquement à ce point de vue, pourraient être mis en regard avec les tumeurs parotidiennes. Nous voulons parler des épithéliomes calcifiés et des épithéliomes polymorphes.

Dans l'épithéliome calcifié (1) on trouve fréquemment dans la trame une substitution du tissu osseux au tissu fibreux. Cette substitution se fait quand la tumeur avance en âge. C'est donc un exemple de la substitution d'un tissu de la série conjonctive à un autre tissu de la même série un nouvel exemple de ce fait que nous avons rencontré dans la plupart de nos tumeurs parotidiennes. Mais dans ces tumeurs, au moins dans les faits que nous connaissons, jamais on n'a observé de cartilage.

(1) J.-B. Chenantais. De l'épith. calcifié des glandes sébacées. Paris, Doin, 1881.

A. Malherbe. Recherches sur l'épith. calcifié des glandes sébacées. Paris, Doin, 1882.

Il n'en est pas de même d'une variété d'épithéliome des glandes sébacées peu étudiée jusqu'ici et qui a été décrite dans les Bulletins de la Société anatomique de Nantes, sous le nom *d'épithéliome polymorphe.* Dans cette espèce du genre épithéliome, dont la collection du laboratoire ne présente que deux spécimens (1) on trouve un polymorphisme des plus curieux de la trame aussi bien que des cellules. On peut voir dans la même tumeur un peu de cartilage, du tissu fibreux, du tissu élastique et du tissu muqueux unissant et séparant des amas épithéliaux de forme entièrement variable, de sorte qu'on dirait que toutes les espèces d'épithéliomes se sont unies pour former ces tumeurs. Ajoutons que ces productions paraissent être d'une bénignité complète.

L'étude de ces singuliers néoplasmes met admirablement en évidence la loi de suppléance des tissus de substance conjonctive, les uns par rapport aux autres ; elle nous donne une nouvelle confirmation de ce que nous a appris l'examen de nos tumeurs des glandes salivaires.

Outre cette suppléance des tissus conjonctifs, nous trouvons encore dans l'épithéliome polymorphe un fait intéressant que nous avons vu également et signalé chemin faisant dans nos observations de tumeurs de la pa-

(1) L'un de ces spécimens a été recueilli par M. le professeur Trélat qui a bien voulu en remettre un fragment au Dr A. Malherbe pour en vérifier le diagnostic anatomique. Le second a été envoyé au laboratoire par le Dr Lerat, chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de Nantes.

rotide : c'est une sorte de dissociation des masses épithéliales par le tissu cartilagineux, ou par le tissu muqueux. On voit les cellules épithéliales écartées peu à peu les unes des autres par une substance fondamentale amorphe et au bout d'un certain temps, peut-on supposer, après l'examen des points arrivés à des degrès divers d'évolution, l'îlot épithélial est presque totalement transformé en tissu muqueux ou en cartilage.

Telle nous paraît être l'interprétation de cette curieuse apparence qui, croyons-nous, n'a jamais été signalée et que nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer ailleurs que dans les tumeurs des glandes salivaires et dans l'épithéliome polymorphe des glandes sébacées.

Ainsi, s'il est vrai qu'on peut voir dans la mamelle, dans les glandes sébacées et peut-être dans le testicule (ce que nous n'avons pu vérifier nous-même) des tumeurs offrant une certaine analogie avec les tumeurs des glandes salivaires et pouvant, au point de vue anatomo-pathologique, leur être comparées avec fruit, ces tumeurs complexes sont extrêmement rares et l'on peut dire que le processus si curieux, dont l'étude a fait l'objet de ce travail, a les glandes salivaires et surtout la parotide pour lieu d'élection.

CHAPITRE VI.

ÉTIOLOGIE. SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT.

Il nous sera bien difficile d'apporter des faits nouveaux à l'histoire clinique des tumeurs des glandes salivaires en général et de la parotide en particulier ; les renseignements écourtés, qui accompagnaient l'envoi de nos tumeurs au laboratoire, ne nous apprenant rien sur les symptômes qu'elles avaient pu offrir avant leur ablation.

Etiologie. — Les tumeurs mixtes de la parotide se développent toujours au sein de la glande elle-même, soit dans un des ces lobules aberrants (parotide accessoire) que l'on rencontre dans la région, en avant du masséter, le long du canal de Sténon. Il est possible que la parotide ou la glande sous-maxillaire soient atteintes par des néoplasmes du voisinage, mais dans ce cas la tumeur ne présente à noter aucune particularité.

Elles débutent, en général, de 20 à 30 ans, et si quelquefois elles sont enlevées à des vieillards, c'est que ces individus les portaient depuis un temps très long ; témoins l'observation VIII où nous voyons un homme de 71 ans, se décider à demander les secours de la chirurgie, après avoir porté sa tumeur pendant 30 ans, et l'observation V où nous voyons Mme X..., âgée de 50 ans, se décider, à cet âge seulement, à réclamer une interven-

tion chirurgicale alors que sa tumeur avait débuté à 25 ans.

Les hommes sont, plus fréquemment que les femmes, atteints de tumeurs parotidiennes. Dans les observations que cite Planteau, qu'elles lui soient propres ou qu'elles aient été empruntées à Bérard ou à Bauchet, onze fois on a eu affaire à des sujets du sexe masculin, six fois à des femmes. Dans nos observations cependant, le sexe a été relevé onze fois, et six fois c'étaient des femmes, les hommes n'y figurant que pour cinq fois seulement.

L'hérédité ne semble pas avoir d'influence sur la production de ces néoplasmes.

Symptômes et marche. — Au début, c'est un petit nodule, gros à peine comme une noisette, arrondi ou légèrement bosselé, parfaitement mobile sur les parties profondes et ne contractant aucune adhérence avec la peau. Longtemps il reste stationnaire et les symptômes sont alors nuls ou peu appréciables ; souvent même le début est passé inaperçu et c'est par hasard, en se rasant ou en passant la main sur la figure, que le malade a reconnu sa grosseur ; mais comme il n'en souffre pas, il ne s'en préoccupe pas davantage.

Les choses en restent là pendant un temps plus ou moins long; puis tout à coup, sans causes appréciables, parfois sous l'influence d'un tramatisme, après un coup, une chute, la tumeur se met à grossir et grossit rapidement. Quelquefois les choses ne se passent pas ainsi, et c'est très lentement, mais progressivement, que la tumeur atteint un volume plus ou moins considé-dérable.

Quoi qu'il en soit, ce développement une fois atteint, le néoplasme peut s'accompagner des signes suivants :

Sa forme peut encore être arrondie, mais souvent elle présente de légères bosselures (obs. XII et XIV). Sa consistance très ferme peut être égale partout; on peut supposer alors que la trame est purement fibreuse ou fibro-cartilagineuse ; mais si le néoplasme contient du tissu muqueux en plus ou moins grande quantité, la consistance n'est plus aussi dure, aussi ferme, elle devient molle par endroits, simulant en ces points la fluctuation (obs. VI).

La mobilité est peu marquée, mais cependant en saisissant à pleines mains le néoplasme on peut encore lui imprimer quelques mouvements de latéralité sur les parties profondes, mouvements peu accentués il est vrai, mais enfin suffisants pour montrer que les parties sous-jacentes ne font pas corps avec le néoplasme.

La peau peut conserver tous ses caractères normaux, elle n'est que distendue par le volume de la tumeur et ne lui adhère pas ; mais celle-ci vient-elle à acquérir un volume considérable, alors la peau devient lisse, luisante, violacée, s'amincit et finit par s'ulcérer ; cette ulcération tend sans cesse à s'accroître et l'on voit survenir soit des hémorrhagies répétées (obs. VI), soit un écoulement purulent ou séro-purulent, « qui répand « une odeur infecte due à la mortification de certaines « parties de la tumeur (1) ».

(1) Planteau, loco citato.

Les troubles fonctionnels nuls ou peu accentués au début peuvent alors apparaître; les mouvements de la mastication sont plus ou moins gênés; l'ouïe est affaiblie par la compression du conduit auditif externe.

Le nerf facial peut être englobé dans le néoplasme, il en résulte une paralysie de cause périphérique. Enfin la douleur qui, pendant très longtemps a fait absolument défaut, peut aussi se montrer; quelquefois même elle atteint une acuité extrême.

Tous ces signes fonctionnels : gêne dans les mouvements de la mastication, affaiblissement de l'ouïe, paralysie faciale, douleur, ne sont donc pas propres au carcinome de la région, puisqu'on peut les trouver à un degré plus ou moins accentué dans les tumeurs mixtes de la parotide. Les seuls signes qui pourraient faire admettre l'idée d'un carcinome pur (fibreux ou encéphaloïde) sont tirés de la marche et de la généralisation possible. La marche est en effet beaucoup plus rapide dans le carcinome que dans les tumeurs mixtes où la date du début remonte souvent à 15, 20, 25 et même 30 ans. De plus, dans les tumeurs qui nous occupent, on n'observe jamais l'engorgement des ganglions cervicaux.

Pronostic. — Le pronostic varie beaucoup selon l'âge auquel est arrivée la tumeur.

Au début, si le malade est jeune, si la tumeur est d'un petit volume, si elle a marché lentement, le pronostic est très favorable, car on peut espérer que la tumeur ne récidivera pas après l'ablation; mais si le néoplasme est arrivé à sa seconde période, s'il s'accroît rapidement, ce qui indique que les éléments épithéliaux, un moment

étouffés par la néoformation conjonctive, sont en pleine évolution et tendent à prendre le dessus, alors le pro-pronostic est beaucoup plus grave, la récidive est à craindre.

Quoi qu'il en soit, si la récidive se fait à la première période, on a toutes chances d'espérer que, dans cette seconde tumeur, les éléments de substance conjonctive joueront encore le principal rôle.

Mais si la récidive se fait à la seconde période, la nouvelle tumeur marche alors très rapidement, les tissus voisins sont envahis, la peau s'ulcère, les ganglions se prennent, et le malade ne tarde pas à succomber à des hémorrhagies répétées ou à la suppuration dont la tumeur est le siège. Il semble que le traumatisme opératoire est venu donner un coup de fouet à la néoplasie épithéliale et accélérer son accroissement. Avouons cependant que, fort heureusement pour les malades, la récidive n'est pas la règle et que bien des vieillards n'ont jamais vu se produire de récidive.

La récidive a toujours lieu sur place et a pour point de départ, soit une partie de la tumeur que l'opérateur n'a point enlevée, soit une partie de la glande qui a paru saine au moment de l'opération, mais qui, probablement, était déjà modifiée.

Diagnostic. — Le début, la marche, tels sont les deux symptômes caractérisques des tumeurs mixtes ou complexes. Débutant en général dans la jeunesse, elles marchent très lentement, ou bien présentent à un moment donné un développement brusque. Mais dans les deux cas ce n'est jamais qu'après un grand nombre d'années

qu'elles atteignent le volume considérable auquel on peut les voir arriver. Les symptômes généraux sont en général nuls ou peu accusés, et surtout jamais il n'y a d'engorgement ganglionnaire.

Peut-être au début pourrait-on les prendre pour un ganglion engorgé? Mais l'adénite chronique de la région parotidienne est rarement unique et dans le voisinage on trouvera toujours d'autres ganglions plus ou moins volumineux.

Les tumeurs conjonctives pures sont très rares dans la parotide, nous avons vu, en effet, qu'elles se compliquent toujours plus ou moins d'éléments épithéliomateux ; nous n'avons donc pas à faire le diagnostic avec le fibrome, le myxome et le chondrome.

Un kyste salivaire pourrait-il être pris pour une tumeur complexe ayant subi la dégénérescence colloïde? Mais le kyste est arrondi, sans bosselures, présentant de la fluctuation dans toute sa masse, il se developpe plus rapidement que les tumeurs parotidiennes et jamais celles-ci, même quand la dégénérescence muqueuse est très étendue, n'offrent une fluctuation totale.

La confusion avec le lipome serait plus facile à faire, mais la tumeur que forme le lipome est toujours plus arrondie, plus régulière, plus molle, qu'une tumeur mixte.

Le lympho-sarcome et le lymphadénome retentissent davantage sur les ganglions lymphatiques voisins.

Les cancers de la région (carcinomes encéphaloïdes ou fibreux) ont une marche beaucoup plus rapide et ne débutent en général qu'après l'âge de 40 ans. Ils s'accom-

pagnent rapidement des symptômes fonctionnels qui ne surviennent que tardivement dans les tumeurs complexes, ils envahissent les parties voisines et les ganglions sont toujours pris. Mais nous devons faire observer que le carcinome de la parotide est excessivement rare, que peut-être même les cas de carcinome connus jusqu'ici n'ont été que des tumeurs complexes à évolution très rapide, qu'enfin, l'envahissement peut aussi se rencontrer dans les tumeurs mixtes. L'observation XIII, où nous avons vu les cellules épithélioïdes pénétrer entre les fibres du masséter et les dissocier, en est un exemple.

Traitement. — Il ne nous retiendra pas longtemps; nous ne pouvons, en effet, conseiller qu'une chose : l'ablation et l'ablation précoce, en dépassant largement le néoplasme, en enlevant même des portions de glande qui semblent saines au premier abord, mais qui déjà peuvent être modifiées par le travail néoplasique. En agissant de cette façon, en aura moins à craindre les récidives; si celles-ci survenaient, il faudrait opérer immédiatement une seconde, une troisième fois ; car dans certains cas, ce n'est qu'après deux, trois opérations successives, que le malade a été débarrassé définitivement.

Mais si la tumeur a acquis un volume énorme, si elle est immobile, si elle a envahi toute la glande, nous croyons qu'il vaut mieux suivre le principe de M. Richet et s'abstenir de toute intervention.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS.

I. — Les tumeurs les plus communes dans les glandes salivaires sont des tumeurs mixtes dans lesquelles l'élément connectif et l'élément épithélial jouent tous les deux un rôle important.

II.— S'il peut se développer aux dépens des glandes salivaires, des tumeurs purement épithéliales (épithéliomes ou carcinomes) dans lesquelles le tissu de substance conjonctive joue simplement un rôle de soutien, comme dans la plupart des épithéliomes vulgaires, ces tumeurs sont excessivement rares.

III. — Des tumeurs purement connectives et notamment des sarcomes globo-cellulaires simples (ou encéphaloïdes) peuvent se développer dans la région parotidienne. Il est probable qu'ils naissent du tissu conjonctif de la glande; mais cela n'est pas absolument certain.

IV. — Le début des tumeurs mixtes dans tous les cas où nous avons pu l'étudier s'est fait aux dépens de l'épithélium glandulaire.

V. — Mais à une certaine période, cet élément épithéliomateux ou adénomateux a été étouffé plus ou moins complètement par l'élément connectif.

VI. — L'élément connectif, qui entoure et étouffe les masses épithéliales, peut présenter du tissu cartilagineux, muqueux, fibreux, osseux et même élastique.

VII. — Les tissus muqueux et cartilagineux sont toujours associés ensemble. Les tissus osseux et élastique sont toujours associés à du tissu fibreux.

VIII. — Dans quelques cas, il semble possible que l'épithélium glandulaire soit complètement étouffé et que la tumeur, mixte au début, arrive à ne plus être que de nature purement conjonctive.

IX. — Mais le plus souvent les masses épithéliales restent en assez grand nombre et à un moment donné arrivent à proliférer et à former la partie la plus importante de la tumeur.

X. — C'est alors que la tumeur, jusque-là bénigne et lente à se développer, se met à marcher rapidement et prend les caractères d'un néoplasme malin.

XI. — Quelle que soit la variété de tissu de substance conjonctive qui forme la trame de la tumeur, l'influence de cette trame sur le développement des masses épithéliales se montre toujours analogue, sinon identique.

XII. — Ce fait est une confirmation de la loi de suppléance des tissus de substance conjonctive qui, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique et surtout dans les tumeurs, se substituent les uns aux autres avec la plus grande facilité.

XIII. — Les tumeurs mixtes, constituées comme il a été dit plus haut, donnent lieu à un pronostic très variable

et d'autant plus grave que leur partie épithéliale se développe plus rapidement.

XIV. — Si le développement de la partie épithéliale est très rapide, elles peuvent marcher très vite et être très malignes.

XV. — Lorsqu'au contraire la partie conjonctive triomphe de la partie épithéliale, ces néoplasmes peuvent durer de longues années, s'accroître très lentement, se comporter en un mot comme une tumeur bénigne.

XVI. — Néanmoins, vu l'incertitude où l'on se trouve sur leurs tendances et l'impossibilité de vérifier cliniquement leur bénignité et la durée de cette bénignité, il convient de les enlever de très bonne heure et aussi largement que possible.

XVII. — Par ce moyen on a des chances de guérison radicale, cependant on n'est jamais absolument certain de pouvoir éviter la récidive.

XVIII. — Bien que la guérison radicale puisse être obtenue, dans le cas où la tumeur a récidivé, le pronostic de la récidive est toujours plus fâcheux que celui de la tumeur primitive.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

(correspondant à l'obs. VIII).

Fig. 1. — Coupe d'ensemble de la tumeur vue à un faible grossissement. — *a, a*, parties carcinomateuses de la tumeur. — *c*, région contenant des points en dégénérescence granulo-protéique. — *e*, zone constituée par du tissu fibreux très dense, ayant à l'œil nu l'aspect cartilagineux. — *d*, cloisons de tissu conjonctif séparant ces différentes zones. — *b*, artères sclérosées contenues dans les cloisons.

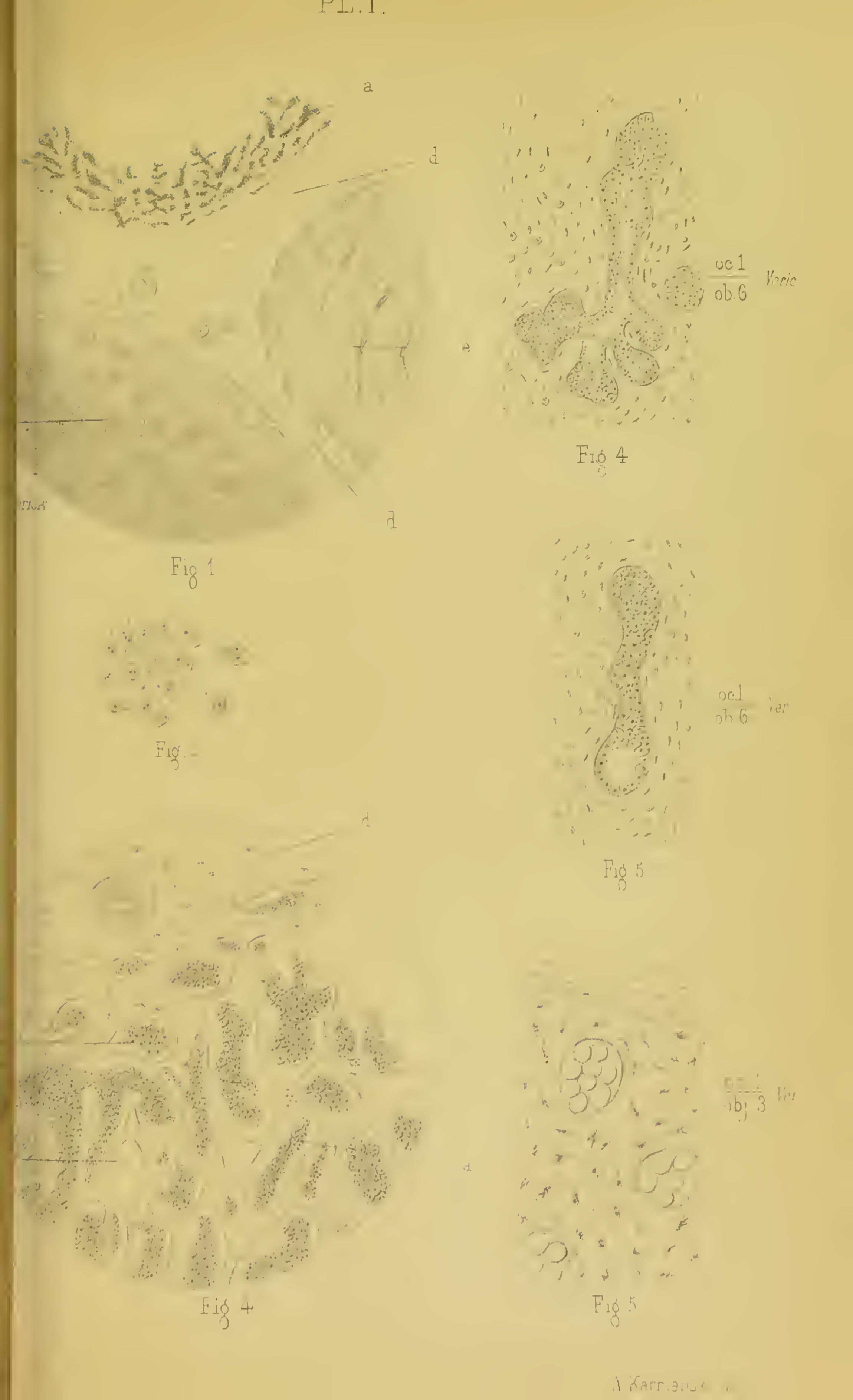
Fig. 2. — Cellules métatypiques.

Fig. 3. — Région carcinomateuse. — *a*, cellules épithéliales métatypiques formant des amas plus ou moins volumineux ; ces amas sont contenus dans une trame alvéolaire très visible, *c* ; manifeste surtout dans les points où les cellules sont tombées, *b*. — *d*, tissu conjonctif voisin contenant des cellules embryonnaires.

Fig. 4. — Tube bourré de cellules, envoyant des prolongements dans le tissu conjonctif ambiant et simulant une glande en vue du développement.

Fig. 5. — Tube creux bourré d'épithélium et déformé.

Fig. 6. — Portion ossseuse de la tumeur.



Pl. I.
a
d
e
d
Fig 1
Fig 4
oc 1
ob. 6
oc1
ob 6
Fig 5
Fig
d
d
Fig 4
ob 3
Fig 5

EXPLICATION DE LA PLANCHE II.

Fig. 1. — Coupe de la tumeur faisant l'objet de l'obs. VI, vue à un fort grossissement. — *mc*, masses épithéliales étouffées en partie et dissociées par la trame muqueuse *tm*.

Fig. 2. — Un point de la précédente à un plus faible grossissement. Coup d'œil d'ensemble. Dissociation des masses épithéliales *mc* par le tissu muqueux *tm*.

Fig. 3. — *tc*, trame conjonctive. — *me*, masses épithéliales volumineuses creusées d'un grand nombre de lacunes rondes *l* paraissant contenir de la substance muqueuse.

Fig. 4. — *tc*, trame conjonctive. — *me*, masses épithéliales en voie de développement. La couche d'épithélium qui tapisse ces tubes devient de plus en plus épaisse et leur lumière tend à disparaître.

(Ces deux dessins (fig. 3 et 4) sont tirés de l'obs. V).

Fig. 5. — Coupe de la tumeur faisant l'objet de l'obs. XI, vue à un grossissement de 100 diamètres. — *tc*, trame conjonctive. — *me*. masses épithéliales rappelant par leur disposition générale une glande en voie de développement, la glande mammaire par exemple.

Fig. 6. — Partie cartilagineuse de la tumeur précédente, vue à un grossissement de 300 diamètres.

PL II

me

oc.1
ob.7
Ver.

Fig 1

l

me

tm

Fig 2

oc 1
ob.3 Ver

me

tc

l

l

l

me

tc

oc 1
ob 6 Verick

Fig 3

tc

me

me

tc

oc 1
ob 2

Fig. 4

tc

me

oc.1
ob .3 Ver

Fig. 5

oc
ob 6 Ver

Fig. 6

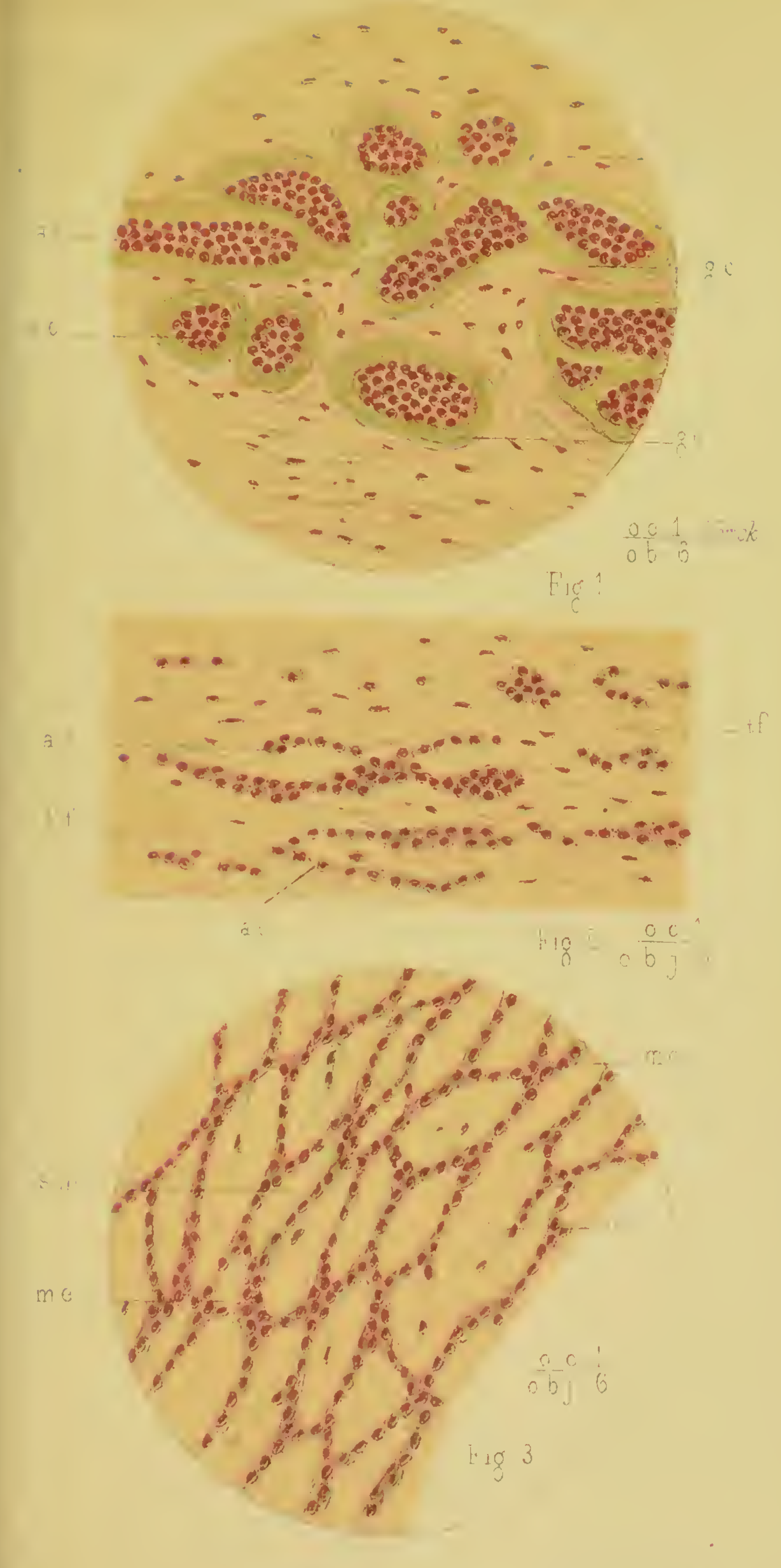
del

EXPLICATION DE LA PLANCHE III.

Fig. 1 (correspondant à l'obs. XIV). — *ae*, amas épithéliaux. — *ge*, gaine élastique entourant complètement ces masses épithéliales. — *tc*, tissu conjonctif formant le stroma de cette tumeur.

Fig. 2 (Empruntée à l'obs. XIII). — Cette figure démontre un fait curieux : l'étouffement des amas épithéliaux *ae* par la trame fibreuse *tf*.

Fig. 3. — *sm*, substance amorphe de nature muqueuse formant la trame de la tumeur et ayant étouffé les masses épithéliales qui ont été réduites en cordon *me* par la pression de la trame muqueuse. (Cette figure provient de la tumeur faisant l'objet de l'obs. VII.)



Mitry del.

A Karmanski lith

Imp Lemercier & Cie Paris

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

SIEBOLD. — J. Barth. Historia systematis salivis physiologice et pathologice considerata ; accessoria ex eadem doctrina corollaria chirurgica. Iena, 1797.

MURAT. — La glande parotide. Th. Paris, 1803.

HOURMANN (J.). — Dissert. sur l'extirpation de la parotide. Thèse Paris, 1824.

BÉRARD (Auguste). — Thèse de concours de médecine opérat., 1841.

Article *Parotide*, du Dictionnaire en 30 vol.

Article *Parotide*, du Dictionnaire en 60 vol.

Mémoire de DEMARQUAY. Union médicale, 1857.

BOYER. — Mal. chirurg., t. VI.

VIDAL DE CASSIS.

NÉLATON.

FOLLIN et DUPLAY.

Mémoire de BAUCHET. In Mém. Soc. chir., t. V.

DOLBEAU. — Des tumeurs cartilagineuses de la parotide. In Gaz. hebd., 1858.

BROCA. — Art. Adénome, in Dict. encyclopédique.

DELORME. — Art. Parotide, du Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.

HEURTAUX. — Art. Chondrome et Fibrome, du Diction. de méd. et de chir. pratiques.

CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.

FAVENC. — Thèse 1856.

FERREIRA ALVIM. — Thèse 1866.

MASSE. — Thèse Paris, 1868.

Branlat. — Hist. des tum. parotid. Thèse Paris, 1874.

Jean. — Diagnostic des tum. parotid. Th. Paris, 1873.

Planteau. — Tumeurs hypertrophiques complexes de la protide. Thèse Paris, 1875.

Michaux (Paul). — Contribution à l'étude du carcinome de la parotide. Th. Paris, 1883.

Nepveu. — Mémoire sur les adéno-chondromes de la glande sous-maxillaire. Bull. Soc. chir., 1879.

La collection des Bulletins de la Société anatomique.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1851-55-56.

Bulletins Acad. de méd., 1858.

A l'étranger :

Pitha et Billroth.

Virchow. — Pathologie des tumeurs.

Paget. — Lectures on surg. path.

H. Missen. — Tumeurs mixtes de la parotide. Gottingen Vandenfucke.

R. Khieg. — De l'enchondrome des glandes salivaires. Dissert. inaug. Tubingue, 1874.

Wartmann. — Recherches sur l'enchondrome. Thèse Genève, 1880.

Kauffmann. — Das parotis-sarcom pathologish anatomish and klinish bearbeitet. In Archiv klinische chirurgie, Band XXVI, Heft p. 673.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de médec., A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.